UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1935. — N° 23

De la Grossesse angulaire

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 Juin 1935

par

GEORGES CONSTANT

Né le 18 Janvier 1907
à BONE (dépt. de Constantine)
Ancien Externe des Hôpitaux — Médaille des Epidémies

Membres du Jury :

MM. LAFFONT, Professeur de Clinique obstétricale et de Puériculture du premier âge ..... Président

HOUEL, Agrégé (Obstétrique) .....
FERRARI, Agrégé (Chirurgie) ..... Juges
BENHAMOU, Agrégé (Médecine) .....

ALGER
IMPRIMERIE JOYEUX et Cie
2, Rue Denfert-Rochereau
1935

ERRATA : page 99 lire après la 8e ligne :

III. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A. AVEC LES GROSSESSES TUBAIRES

B. AVEC LES GROSSESSES INTERSTITIELLES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549016_0040

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1935. — N° 23

De la Grossesse angulaire

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 Juin 1935

par

GEORGES CONSTANT

Né le 18 Janvier 1907
à BONE (dépt. de Constantine)
Ancien Externe des Hôpitaux — Médaille des Epidémies

Membres du Jury :

MM. LAFFONT, Professeur de Clinique obstétricale et de Puériculture du premier âge ..... Président

HOUEL, Agrégé (Obstétrique) .....
FERRARI, Agrégé (Chirurgie) ..... Juges
BENHAMOU, Agrégé (Médecine) .....

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. LEBLANC (✻, ⚕, I. ✪)
DOYEN HONORAIRE	HERAIL (✻, I. ✪).
ASSESSEUR	PINOY (✻, I. ✪).

PROFESSEURS

Clinique médicale	AUBRY (O. ✻, ⚕, I. ✪).
Clinique gynécologique	CABANES (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (✻, ⚕, I. ✪).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. ✪ ✻ O. ✪).
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. ✪).
Médecine légale	GIRAUD (O. ✻, ⚕, I. ✪).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge	LAFFONT (✻, ⚕, I. ✪).
Anatomie	LEBLANC (✻, ⚕, I. ✪).
Thérapeutique	LEBON (✻, ⚕, A. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (✻, ⚕, I. ✪).
Chimie biologique et médicale	MAILLARD (✻, I. ✪).
Pharmacie	MUSSO (I. ✪).
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (✻, I. ✪).
Pathologie générale et clinique psychiatrique	POROT (I. ✪),
Physique médicale	PORTES (✻, ⚕, I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪)
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✻, ⚕, I. ✪).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (⚕, I. ✪).
Physiologie	TOURNADE (O. ✻, ⚕, I. ✪)
Histologie et embryologie	WEBER (✻, ⚕, I. ✪).
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ✪).
Clinique ophtalmologique	N...
Hygiène, hydrologie et climatologie	N...

PROFESSEUR SANS CHAIRE

COURRIER (⚕, ⚕, A. ✪). Agrégé (Histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

ARGAUD (✻, ⚕, I. ✪). HERAIL (✻, I. ✪).

CHARGÉ DE COURS

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ABOULKER (✻, ⚕, A. ✪).

AGRÉGÉS

Médecine	BENHAMOU (⚕, ⚕, A ✪).
Histologie	COURRIER (✻, ⚕, A. ✪).
Chirurgie	DUBOUCHER (I. ✪).
	FERRARI (I. ✪).
Accouchements	HOUEL (✻, ⚕, I. ✪).
Médecine	LACROIX (A. ✪).
Chirurgie	MOGGI (✻, A. ✪).
Anatomie pathologique	MONTPELLIER (I. ✪).
Anatomie	RIBET (⚕, A. ✪).
Chimie médicale	N.
Histoire naturelle pharmaceutique	N...
Physiologie	N...

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie	BATTEZ.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

JE DÉDIE CETTE THÈSE

A MON PERE

A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAFFONT

Professeur de Clinique Obstétricale
et de Puériculture du Premier Age
Chevalier de la Légion d'Honneur

Je serais très heureux de m'être montré digne de la confiance qu'il m'a témoignée en me donnant le soin de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de mon respect et l'expression de ma reconnaissance profonde pour son accueil si bienveillant et le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse.

Je n'oublierai jamais son bel enseignement clinique qui m'a fait aimer l'Obstétrique.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé HOUEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux de ma reconnaissance pour l'enseignement si fructueux qu'il m'a donné alors que j'étais son externe.

Monsieur le Professeur Agrégé FERRARI

Je regretterai toujours de n'avoir jamais été attaché au Service de ce Maître, dont j'ai pu apprécier le bel enseignement à la Faculté.

Je le remercie sincèrement d'avoir bien voulu accepter de faire partie de mon Jury.

Monsieur le Professeur Agrégé BENHAMOU

Chevalier de la Légion d'Honneur

Le souvenir du temps passé dans son Service et de ses brillantes conférences cliniques restera toujours gravé dans mon esprit.

Qu'il veuille trouver ici le faible témoignage de ma reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE 1927-1928

Monsieur le Professeur GILLOT

Monsieur le Professeur COSTANTINI

1928-1929

Monsieur le Professeur LOMBARD

Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL
(*In Memoriam*)

EXTERNAT

Monsieur le Professeur LAFFONT

Monsieur le Professeur agrégé HOUEL
(Clinique Obstétricale 1930)

Monsieur le Docteur LEMAIRE
(El-Kettar, 1930)

M. le Professeur Agrégé BENHAMOU
(Service de Médecine, 1931)

Monsieur le Docteur LEVI-VALENSI
(Service de Médecine, 1931)

Monsieur le Professeur RAYNAUD
(Clinique de Maladies des Pays chauds
et des maladies syphilitiques et cutanées, 1932)

Monsieur le Docteur HENRI ABOULKER
(Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1932)

Monsieur le Professeur AUBRY
(Clinique Médicale, 1933)

Monsieur le Professeur LOMBARD
(Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie, 1933)

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MON AMI le Docteur LEON SCHEBAT

Chef de Clinique Adjoint de la Maternité d'Alger

Il nous a suivi pas à pas dans l'élaboration de ce travail. Je le remercie profondément pour ses conseils si judicieux. Qu'il trouve ici le témoignage de ma grande amitié.

A MES AMIS LES DOCTEURS

ABOULKER Raphael, COTI, DEISS, MISES,

MORAND Henri, NESSLER, PADOVANI,

PERETTI

A MES NOUVEAUX AMIS

DE L'ASSOCIATION SPORTIVE DE BATNA

Témoignage de ma profonde sympathie.

G. C.

INTRODUCTION

C'est au cours de notre externat, dans le Service de notre Maître, Monsieur le Professeur LAFFONT, *que nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas de grossesse angulaire, avec notre ami, le Docteur* SCHEBAT, *à la Consultation des femmes enceintes de la Clinique Obstétricale de la Faculté d'Alger.*

Sur les conseils de notre Maître, nous avons cherché à faire une étude d'ensemble de la grossesse angulaire et nous avons fait, de cette question, le sujet de notre thèse inaugurale.

Que Monsieur le Professeur LAFFONT *veuille bien trouver ici l'hommage de notre respect et l'expression de nos plus sincères remerciements pour la bonne grâce avec laquelle il nous a accueilli dans son Service et l'intérêt qu'il nous a manifesté en proposant à nos réflexions ce sujet si intéressant de l'Obstétrique, la grossesse angulaire.*

Nous adressons aussi l'expression de notre reconnaissance et de notre vive gratitude à notre ami le Docteur

Schebat, *qui nous a prodigué de si précieux conseils dans l'élaboration de ce travail.*

La grossesse angulaire, bien que connue des praticiens de l'Obstétrique, constitue dans la nosographie obstétricale un chapitre laissé souvent dans l'ombre. En effet, les auteurs de volumineux traités ne lui consacrent qu'une description à notre avis trop courte pour son importance clinique.

Depuis la thèse de Mothe *en* 1909, *seules quelques monographies ont été publiées par des auteurs, plus soucieux de mettre en relief certains points particuliers de cette question, que d'en faire une étude synthétique complète. Il est vrai qu'il faut excepter les récents travaux de* Bidoire *et de* Schebat *qui, eux, se sont attachés à exposer la question suivant un plan logique et didactique.*

Le but de notre travail est donc d'offrir aux praticiens une étude à peu près complète de cette intéressante question.

Nous avons exhumé ce chapitre de l'Obstétrique et nous avons essayé de lui donner la place qu'il mérite parce que non seulement les caractères nosologiques, nettement définis de la grossesse angulaire en font une entité clinique bien individualisée, mais aussi, parce que les complications qui peuvent en assombrir le cours et les difficultés du diagnostic différentiel ne doivent pas être méconnues des Médecins.

Après un historique où nous rencontrerons les grands noms de l'Ecole Parisienne et de l'Ecole Montpelliéraine, l'étiologie, l'anatomie de la région angulaire et l'anatomie pathologique de la grossesse angulaire, nous mettront en présence des causes qui nous permettront de comprendre les raisons de la nidation angulaire et les complications qui peuvent en résulter.

La symptomatologie nous fera connaître le sujet et ses différents aspects cliniques. Nous avons fait entrer dans ce chapitre la description de certaines complications, tels les hémorragies, les douleurs, les avortements qui ont, à notre avis, une valeur de signes.

Nous avons insisté sur les difficultés du diagnostic différentiel de la grossesse angulaire avec les affections gynécologiques et surtout avec les grossesses tubaires et interstitielles qui peuvent la simuler.

Après les observations, nous avons placé un tableau récapitulatif de quarante-quatre cas de grossesses angulaires compliquées. La lecture facile de ce tableau permettra d'avoir une vue d'ensemble des différentes complications et de l'évolution de cette affection.

L'étude du placenta enchatonné, du pronostic et du traitement des différentes complications de la grossesse angulaire font l'objet de trois chapitres qui terminent notre travail.

Généralités

La grossesse angulaire (Cornual Pregnancy des auteurs anglais) résulte du développement de l'œuf qui s'est anormalement fixé sur la muqueuse de la corne ou angle, partie intégrante de la cavité utérine située dans le voisinage immédiat de l'ostium utérinum.

Habituellement, dans les cas de grossesse normale, l'œuf se greffe sur la muqueuse corporéale au niveau d'une des deux faces, non loin du fond de la cavité utérine, dans une région, dit Bidoire : irriguée par des capillaires et non par des vaisseaux, dont la vascularisation provient de deux moitiés symétriques de l'utérus: pour ces deux raisons ces zones sont le siège d'échanges particulièrement riches et qui se font avec un certain ralentisement; l'on comprend ainsi qu'elles présentent les conditions optima pour une nidation parfaite de l'œuf.

Dans la grossesse angulaire, pour des raisons que nous verrons au chapitre de l'étiologie, l'œuf ne progresse pas jusquau territoire d'implantation normale. Il est arrêté en cours de route et à bout de souffle, semble-t-il, se fixe dès qu'il a émergé de l'orifice salpingien, sur la zone périostiale de la muqueuse des cornes, partie liminale de la cavité utérine.

Dès lors, l'œuf va se développer et il va donner naissance à une déformation de l'angle supérieur de l'utérus, sorte de fluxion (selon la judicieuse expression de Bonnaire) qui, seule, va évoluer, tandis que le reste de l'utérus, ne subira aucune modification et assistera, en étranger, à ce début singulier de grossesse.

Nous nommes, à ce moment-là, en pleine phase angulair de la grossesse et c'est elle qui a donné son nom à cette grossesse, qui ne subsiste sous cette forme que pendant le tiers de la durée de la gestation.

En effet, au bout de trois à quatre mois au plus, si aucune complication n'est venue en interrompre le cours, cette masse angulaire, se libérant progressivement de son hôte devenu trop gênant et trop gros pour l'espace qu'elle peut lui offrir, se fond peu à peu avec l'utérus, si bien que si aucun examen n'a été fait à cette phase angulaire de la grossesse, rien ne permet, au cours d'examens ultérieurs, de soupçonner un début angulaire.

Mais, assez souvent, cette période critique, où l'œuf est dans une situation irrégulière, en « porte-à-faux » pour ainsi dire, va être troublée par des complications entraînant assez fréquemment l'avortement. Ce sont les douleurs, les hémorragies et, plus exceptionnellement, la rupture de la corne gravide.

Si la femme, bénéficiant de soins attentifs, et mise

au repos le plus absolu, double avec succès ce cap dangereux, sa grossesse pourra évoluer jusqu'à terme et se terminera normalement. On pourra alors, par la constatation d'un placenta enchatonné ou présentant certains aspects anatomo-pathologiques, faire le diagnostic rétrospectif de la grossesse angulaire.

Dès maintenant, nous voulons attirer l'attention sur l'analogie que l'on trouve entre le placenta praevia et la grossesse angulaire.

En effet, dans les deux cas, la fixation de l'œuf se fait dans une région liminale, de seuil de la cavité utérine. L'œuf, dans le cas de grossesse angulaire, n'a pas atteint la zone d'implantation normale. Dans le cas de placenta praevia, il l'a dépassée, il l'a brûlée, dirons-nous.

Les régions angulaires, supérieures et inférieures, ont les mêmes caractères anatomiques. La muqueuse y est mince, peu riche, très faiblement vascularisée, de plus la paroi musculaire est pauvre en muscles. Ce sont les zones maigres de Bar.

De plus, certaines formes de placentas étalés, minces, en limande, se rencontrent dans ces deux affections qui paraissent trouver, dans l'endométrite, une origine commune.

On ne peut rien dire de certain sur sa fréquence. Celle-ci a été très discutée. Beaucoup d'auteurs la consi-

dèrent comme assez fréquente. (Bar dit, dans une de ses leçons : « On peut dire que le 1/10e des grossesses sont des grossesses angulaires et que les 9/10e des grossesses angulaires n'existent que pendant le premier temps de la grossesse et disparaissent après le quatrième mois. » D'autres, comme MM. Couvelaire, Cathala, soutiennent qu'elle est relativement rare et que nombre de cas décrits sous la dénomination de grossesse angulaire ne sont autre chose que des grossesses développées dans des utérus malformés.

Sur six mille femmes examinées à la consultation des femmes enceintes de la Maternité d'Alger (Service de Monsieur le Professeur Laffont) 800 l'ont été dans les trois premiers mois de leur grossesse. Nous avons compté 25 cas de grossesse angulaire reconnus chez des femmes venues simplement se renseigner sur leur état de grossesse et ne se plaignant d'aucunes complications, sauf, dans de très rares cas, de très petites douleurs ou d'une gêne légère dans le bas-ventre.

Ainsi, nous trouvons un cas de grossesse angulaire évoluant normalement pour trente-six femmes examinées pendant les trois premiers de leur grossesse.

Nous n'avons pas l'intention d'établir une statistique, car nous n'en avons pas les éléments nécessaires.

En effet, il est évident que, dans une consultation, ne se présentent la plupart du temps que des malades souf-

frant réellement et que rares sont celles uniquement soucieuses de faire surveiller leur grossesse.

Aussi, nous inclinerons à penser que le pourcentage des grossesses angulaires est encore plus élevé que le chiffre résultant de nos recherches.

Par contre, nous avons relevé six cas de grossesses angulaires compliquées, tous les six présentant des douleurs, quatre, des hémorragies et un seul, un avortement.

Devons-nous tirer comme conclusion qu'on rencontre un cas de grossesse angulaire compliquée pour six cas de grossesse angulaire évoluant sans accidents?

Nous ne le croyons pas, car notre contrôle ne s'exerce que sur une faible proportion des grossesses angulaires. D'autre part, de nombreux avortements des premières semaines, mis souvent par les femmes sur le compte de simples retards de règles, doivent trouver une cause fréquente dans la nidation angulaire.

Nous dirons, en terminant, que, du fait que l'on ne peut trouver de bases solides, il serait illusoire de vouloir dresser une statistique des grossesses angulaires.

Historique

La notion de grossesse angulaire est une acquisition relativement récente. Elle date du début du vingtième siècle.

Dans l'historique de cette importante question, s'inscrivent les noms de Schmitt, Jacquemier, Tédénat, Puech, Vineberg et Mortagne qui, par leurs observations, fournirent un terrain préparatoire où devait enfin germer, sous l'impulsion de Bar, l'idée d'une implantation réelle de l'œuf dans une corne utérine, dont Wasilief devait traduire l'évolution sous le nom de grossesse angulaire, le 17 décembre 1903.

Ce n'est pas que les phénomènes objectifs, déterminés par cette anomalie de l'insertion de l'œuf, et entre autres, le plus accessible à l'exploration, la déformation asymétrique de l'utérus, avaient échappé à l'observation des anciens auteurs, mais ceux-ci n'avaient pu leur attribuer une étiologie précise.

Ils avaient émis de nombreuses et plus ou moins savantes hypothèses, mais l'essence même du fait et l'évolution exacte n'avaient pas été comprises par eux.

La grossesse angulaire est venue enrichir la classification des grossesses et ouvrir une nouveau chapitre qui trouve place entre ceux consacrés, d'une part, aux grossesses d'implantation normale dans la cavité utérine et, d'autre part, aux grossesses ectopiques.

En effet, pendant tout le 19e siècle, on n'avait vécu que sur une classification un peu rudimentaire :

1° ou l'œuf se développait dans l'utérus et c'était alors les signes de la grossesse normale.

2° ou il se développait hors de l'utérus et cette évolution se manifestait par les signes de grossesse ectopique ; et il ne semblait pas, point important, qu'il y eût place, entre ces deux extrêmes pour des situations intermédiaires.

Nous allons voir, au cours de l'historique de cette très intéressante question, comment peu à peu, se forma le concept de grossesse angulaire basé sur des données fournies par plus d'un siècle de recherches.

Nous ferons remonter notre historique à 1801, date à laquelle, W. Schmitt attire l'attention sur la possibilité de grossesse tubo-utérine ou interstitielle.

On conçoit, dès lors, que tous les points de la route oophoro tubo-utérine peuvent servir de base d'implantation à l'œuf.

En 1846 nous devons citer la très ingénieuse hypothè-

se émise par Jacquemier pour expliquer le développement partiel de certains utérus gravides. Malgré de très nombreuses objections tendant à établir des doutes sur son existence, il crée la classe toute artificielle des grossesses utéro-tubaires. Dans celles-ci, l'œuf qui s'est implanté dans la cavité utérine, mais assez près de l'orifice tubaire, a tendance à se développer ensuite, bien plus du côté de la trompe que dans son habitat normal.

« La grossesse utéro-tubaire » dit-il « n'est pas plus difficile à concevoir que les autres espèces : l'œuf, retenu à sa sortie de la trompe par des causes que nous ignorons, peut, dans quelques cas, trouver moins de résistance à se développer dans le tissu de l'utérus par la dissection de la trompe, que dans la cavité utérine elle-même. »

Ainsi, Jacquemier fut le premier à penser à la porbabilité de la nidation de l'œuf, au niveau d'une corne utérine. Sa conception a droit de cité pendant de nombreuses années et, soit pénurie de cas, soit faute d'examens plus attentifs, on se contentait de cette explication « grossesse mi-utérine, mi-tubaire ».

L'année 1893 voit de nouveau renaître la question. Elle donne le jour à deux communications faites à la Société de Médecine et de Chirurgie de Montpellier, l'une par M. Tedenat, l'autre par M. Puech.

Le 8 Mars 1893, M. Tedenat rapporte le cas d'une grossesse qu'il diagnostique extra-utérine d'après les si-

gnes cliniques. Pour étayer ce diagnostic, il introduit une sonde dans la cavité utérine. Cette épreuve est concluante, rien dans l'utérus. Devant le diagnostic de grossesse extra-utérine, il a le réflexe chirurgical et préconise une intervention. Certaines circonstances pourtant l'obligent à temporiser, et grand est son étonnement, lorsque, quelques jours plus tard, il constate que cet utérus, primitivement déformé, a pris le contour normal d'un utérus gravide.

Dès lors, il n'est plus question d'intervention sanglante et il suit la gestante, jusqu'à l'accouchement normal et à terme.

Cherchant l'explication de ce fait, il pose ces deux hypothèses :

1° ou bien utérus anormalement développé avec deux cornes et grossesse dans une de ces cornes.

2° ou bien grossesse tubo-interstitielle.

Il ne voit, pour le moment, que ces deux hypothèses possibles, cependant il ne s'avoue satisfait ni de l'une ni de l'autre.

Le 10 avril 1893, 40 jours plus tard M. Puech fait le rapport d'un cas d'une grossesse normale ayant simulé une grossesse extra-utérine, pendant les premiers mois de son évolution.

L'examen pratiqué au début, impose le diagnostic de

grossesse extra-utérine droite. Mais, durant les jours sui vants, il constate que la tumeur disparaît et prend corps avec l'utérus. L'accouchement se produit à terme, mais le placenta ne vient pas. Il faut alors la délivrance artificielle. Introduite dans l'utérus, sa main doit d'abord franchir, un premier rétrécissement, formé par l'anneau de Bandl, puis, pour atteindre le placenta très haut situé, elle doit forcer un second sphincter situé dans l'angle droit, siège primitif de la tumeur latérale.

Il ne tire pas de conclusion et se contente de signaler cette coïncidence de tumeur latérale au début de la grossesse avec enchatonnement du placenta, en ce point, lors de la délivrance.

En 1895, Vineberg cite de nombreux cas relatifs aux développements irréguliers et atypiques de certains utérus gravides, dans les premiers mois de la gestation et et il signale les erreurs de diagnostic qu'il est facile de commettre dans des cas semblables.

En février 1898, dans la communication à la Soc. d'Obs. de Paris d'un cas analogue, par son début au précédent de M. Puech, Bar, poussant l'analyse assez loin, émet l'hypothèse que cette tumeur latérale du début et qui disparait par la suite, pour s'intégrer à l'utérus, peut bien être la conséquence du développement de l'œuf dans la corne utérine. « On peut, dit-il, par suite de degrés insensibles, passer de la grossesse tubaire vraie, à la grosses tubo-interstitielle, puis à la grossesse tubo-

utérine et enfin à des cas dans lesquels l'œuf se greffe dans la cavité utérine, mais si près de l'ostium, que, pendant les premiers temps de la grossesse, la corne utérine seule se développe. »

En 1898, Braun, dans le *Wiener Klinische Wochenschriften*, signale, appuyant la théorie de Bar, la possibilité de l'acroissement d'une seule corne dans les premiers mois.

En 1900-1902, Bar aborde de nouveau ce sujet, et met en relief la difficulté de diagnostic de cette expansion anormale de la corne utérine.

C'est en 1903 que la réalité anatomo-pathologique de la grossesse angulaire fut mise en évidence à la faveur d'un avortement de six semaines.

C'est à M. Bar que revient, le 10 novembre, le mérite d'apporter la preuve matérielle et tangible de l'existence de la grossesse angulaire sous la forme du produit abortif qui se composait d'une membrane triangulaire avec, à l'angle droit, une petite tumeur. L'examen microscopique a permis d'affirmer que cette dernière était l'œuf.

Dès lors, il n'y a plus de doute possible et cette pièce vient confirmer les hypothèses émises par Bar, cinq ans auparavant, à savoir que « l'œuf peut fort bien se greffer dans une corne et, dans ce cas, la corne s'hypertrophie, seule, au début. »

Une discussion réunit MM. Bar, Brindeau et Schwab et ce genre de grossesse est alors étudié sous tous ses aspects. Le même jour, Mortagne apporte un nouveau cas d'erreur de diagnostiic (Obs. N° XV.) Le 17 décembre 1903, la dénomination de grossesse angulaire est donnée à ce genre spécial de gravidité par Wasilief qui rapporte plusieurs observations (Obs. XVI).

Dès lors, la grossesse angulaire revêt une individualié clinique et ce sujet inspire de nombreux articles, tels ceux de Puech (*Gazette des Hôpitaux*, 1904), où il met en relief les difficultés du diagnostic, et aussi l'influence de cette localisation de la greffe de l'œuf sur la morphologie du placenta et sur l'évolution spéciale de cette grossesse.

Buffnoir. (1905).

Lequeux (1906).

Pendant cette période des observations très intéressantes sont publiées par ces mêmes auteurs.

Dans le domaine des thèses nous relevons de 1900 à 1909 : la thèse d'Ouvrier (Paris 1900), où l'auteur publie deux observations de Wasilief.

La thèse de Velluet (Montpellier 1906).

La thèse de Mas sur la délivrance de la grossesse angulaire (Montpellier 1908). L'auteur y a réuni cinq observations très curieuses d'anchatonnement du placenta.

Enfin, la thèse de Mothe (Toulouse 1909). Thèse très complète et bien meublée mettant au point toutes les acquisitions nouvelles sur cette question et insistant surtout sur la symptomatologie et le diagnostic différentiel.

Puis nous retrouvons par la suite, quelques articles accompagnés ou non d'observations.

Devraigne (1914).

Douy et Rochat (1923).

Michon et Labry (1926).

Bidoire (1933).

Schebat et Ezes (1931). publient un article où ils mettent en évidence une douleur élevée, scapulaire, dans deux cas de grossesses angulaires.

Enfin Schebat, publie dans l'*Algérie Médicale* (8vril 1935) une étude très intéressante sur l'étiologie, les complications et le diagnostic des grossesses angulaires, qu'il accompagne de six observations dont une nouvelle avec douleur élevée, scapulaire. (Travail du Service du Prof. Laffont).

On retrouvera, dans la bibliographie, les noms des auteurs qui ont apporté leurs contributions à cette étude par des publications d'observations et d'articles.

Actuellement, la grossesse angulaire est parfaitement connue ; il reste cependant un chapitre encore assez obscur, c'est celui de l'étiologie.

Etiologie

Avant que la réalité anatomo-pathologique de la grossesse angulaire ait été mise en évidence, les auteurs voyaient, dans cette masse angulaire, une irrégularité de forme qu'imprime à la grossesse un utérus atteint de métrite.

C'est ainsi que Vineberg disait que « la métrite gênant le développement normal de la grossesse, l'utérus ne prend pas sa déformation sphéroïde habituelle, mais très bien, développer plus ou moins irrégulièrement une de ses parties. »

Mais Bar disait déjà : « il n'est pas rare de rencontrer cette anomalie chez les primipares qui n'ont jamais présenté de signes de métrite. »

Depuis qu'avec Bar (Obs. XIV) on a eu la preuve de la possibilité de la nidation de l'œuf dans une corne utérine, on s'est demandé quelles pouvaient être les causes qui provoquent l'arrêt de l'œuf dans cette zone liminale.

Cette question est délicate ; en effet dit Velluet :

S'il nous est difficile d'affirmer la cause d'une grossesse ectopique, à plus forte raison nous sera-t-il plus difficile encore de savoir pourquoi l'œuf, arrivé dans la cavité utérine, se greffe en tel ou tel point de la matrice. Les divers traités nous apprennent que l'ovule fécondé se fixe avec une fréquence à peu près égale sur la face antérieure et sur la face postérieure de l'utérus. Mais ils ne nous en donnent pas la raison. C'est assez dire que nous ne saurions expliquer nous-mêmes la fixation de l'œuf dans une corne.

Cependant plusieurs causes ont été invoquées.

Tout d'abord, il faut citer les malformations utérines, soit congénitales, soit acquises.

Les malformations congénitales tels les utérus cordiformes, bicornes, etc..., ne nous intéressent pas, car notre étude est limitée à la grossesse angulaire développée dans un utérus normal.

Il y a pourtant des dispositions spéciales de la corne qui ne font pas partie de ces grosses malformations utérines, résultant d'une évolution fâcheuse des canaux de Muller. Nous verrons, en effet, au chapitre de l'anatomie de la région angulaire que la corne utérine peut présenter des aspects très nombreux dont certaines formes « en croissant » ou « en antenne » de Mauclaire (fig. n° 4 et 6) peuvent très bien favoriser la nidation de l'œuf.

Les causes de déformation acquises de l'utérus, tels les fibromes du fond, les polypes sous-muqueux, les déviations de l'utérus doivent avoir aussi une certaine part de responsabilité dans l'étiologie de la grossesse angulaire.

On a aussi eu recours à la lenteur de l'évolution de l'œuf dans le couloir oophorique. L'œuf, ayant épuisé toutes ses réserves de nourriture, débouche de l'ostium utérinum à bout de souffle, épuisé, et se nide aussitôt dans le voisinage immédiat de cet orifice.

Et là alors, c'est toute l'étiologie invoquée habituellement dans la grossesse extra-utérine qui devrait être développée. On en connaît suffisamment toutes les causes mécaniques et inflammatoires, et on comprend très bien que ces causes, si elles freinent et arrêtent l'œuf en un point quelconque de la trompe, peuvent, dans certains cas, lui permettre d'arriver jusque dans la corne, lorsqu'il présente encore un peu de vitalité.

On peut aussi citer la cause invoquée par Mauthner dans la grossesse extra-utérine et qui semble être le contre-pied de la précédente. Celui-ci attribue avec Poorten une influence prépondérante à l'énergie vitale de l'ovule fécondé. « Celle-ci est-elle exagérée, la nidation peut être prématurée et se ferait dans la trompe », et nous pouvons ajouter : ou à la limite extrême de la cavité utérine, c'est-à-dire dans les cornes.

La nidation angulaire ne dériverait-elle pas aussi de quelques particularités de structure de la muqueuse angulaire au moment de l'arrivée de l'œuf dans l'utérus?

La muqueuse de la corne utérine est, en effet, hérissée de petits replis plus ou moins importants qui se continuent avec ceux de la trompe. De plus, cette partie de

la muqueuse présente, comme tout le reste de la muqueuse utérine, des modificatoins, entre autres une légère hypertrophie qui peut accuser le relief des crêtes muqueuses et ainsi opposer un obstacle à la progression de l'œuf.

D'ailleurs, Tarnier n'a-t-il pas dit :

Lorsque l'œuf arrive huit à dix jours après sa sortie de l'ovaire dans la cavité utérine, il y rencontre une muqueuse turgescente, mamelonnée, formant un grand nombre de plis, que l'on a comparés aux circonvolutions cérébrales. Il est arrêté par un de ces plis, est pressé entre deux points opposés de la muqueuse et s'y creuse une petite loge.

Toutes les causes précédentes ne satisfont pas entièrement l'esprit, elles sont vagues, théoriques ; il est certain cependant, que quelquefois chacune d'elles prise isolément peut, dans certains cas, aider à la nidation angulaire. D'autres fois elles se combinent les unes aux autres. Mais nous ne voulons pas voir, en elles, des causes spécifiques de la grossesse angulaire ; ce sont plutôt des causes exceptionnelles ; tout au plus, nous leur accorderons une valeur de causes adjuvantes.

Qu'elle serait alors la cause prépondérante, spécifique de la grossesse angulaire ? Certains auteurs et entre autres, Schebat, voient, dans l'endométrite, la cause principale de la grossesse angulaire.

Voici ce qu'il dit dans l'étude de l'étiologie de cette question :

A notre avis, il semble qu'il faille faire une large part à l'endométrite pour expliquer cette insertion vicieuse de l'œuf, sauf dans les cas de malformations utérines évidentes. En effet, dans les antécédents de la majorité des malades présentant une grossesse angulaire, les auteurs et nous-même avons relevé des signes nets d'endométrite: leucorrhées rebelles, avortements spontanés, accouchements prématurés, curettages faits antérieurement, hémorragies au cours de grossesses normales. Comme nous l'avons vu dans notre premier groupe d'observations, le traitement iodé nous a permis de voir évoluer sans complication de nombreuses grossesses angulaires.

Or, il y a une analogie étrange et frappante entre le placenta proevia et la grossesse angulaire, comme l'ont déjà fait remarquer BAR, PUECH, COLL et plus particulièrement l'école Montpelliéraine.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous devons imputer l'endométrite comme cause de ces deux affections si semblables.

La meilleure preuve n'existe-t-elle pas dans cette particularité anatomique des délivrances issues de nombreuses grossesses angulaires et de maints placentas praevia, placentas en limande étalés, mal nourris.

Dans les grossesses angulaires, le placenta est inséré loin de la ligne médiane de l'utérus, dans des régions irriguées par les capillaires, des zones pauvres en éléments nutritifs. Voilà autant de causes pour que cet œuf se décolle précocement, d'où avortement, ou pour qu'il adhère intimement à l'utérus, et soit une raison de complications au moment de la délivrance : adhérences anormales du placenta.

Bien que les véritables causes du placenta praevia et de la grossesse angulaire ne soient pas connues, nous inclinerons volontiers à penser que l'endométrite doit occuper une large part dans l'étiologie de ces anomalies de l'insertion de l'œuf.

Cette étiologie est en effet séduisante, et l'on comprend très bien que la muqueuse atteinte d'endométrite très turgescente, villeuse, polypeuse, offre par son relief mouvementé, un réel obstacle à la marche de l'œuf.

Notre conclusion à ce chapitre sera la suivante :

On ne connaît pas encore la véritable étiologie de la grossesse angulaire.

Nous pensons que les causes en sont multiples.

Elles peuvent présenter, suivant les cas, tous les degrés d'action vis-à-vis de l'œuf, depuis le simple rôle de cause adjuvante, favorisante, à celui de cause déterminante.

Elles peuvent agir isolément ou synergiquement.

Une seule d'entre elles retiendra notre attention, c'est l'endométrite, car elle semble présenter une plus grande valeur, du fait qu'on la rencontre plus souvent dans les antécédents gynécologiques, et qu'elle explique mieux que tout autre, les complications de la grossesse angulaire et les modifications anatomo-pathologiques imprimées au placenta.

Nous devons attirer l'attention des médecins, sur l'intérêt qu'il y a à rechercher systématiquement, dans les antécédents de toute femme atteinte de grossesse angulaire, l'endométrite ou tout ce qui peut y faire penser (multiparité, fausses-couches, curettage, etc...). La plupart du temps on la retrouvera.

De cette constatation, à conclure que l'endométrite est la seule cause valable de la grossesse angulaire, il n'y aurait qu'un pas à franchir. Nous laissons cette responsabilité à d'autres plus autorisés.

Anatomie
de la Région Angulaire

Avant d'entreprendre l'étude clinique de la grossesse angulaire, il est bon, tout d'abord, de rappeler quelque notions d'anatomie concernant l'utérus et de définir anatomiquement ce qu'on entend par corne utérine ou angle utérin, partie intégrante de l'utérus, où va évoluer, pendant trois à quatre mois au plus, cette forme originale de grossesse.

Nous savons que l'utérus est un muscle creux à parois épaisses, musculeuses, emprisonnant une cavité, virtuelle au repos. Le corps a une forme conoïde ou triangulaire aplatie dans le sens antéro-postérieur. Sa configuration extérieure offre à étudier une face antérieure, une face postérieure, deux bords latéraux, un bord supérieur, appelé encore base ou fond de l'utérus, un angle inférieur et deux angles latéraux. Ce sont ces angles latéraux, un droit, un gauche, qui nous intéressent. Ils sont encore appelés, angles supéro-externes ou angles tubaires. Chacun donne insertion à la trompe correspondante qui vient s'y terminer par un orifice de calibre très étroit (à

peine 1 m/m de diamètre) dénommé ostium utérinum. De plus il donne insertion un peu au-dessous et en avant du point d'implantation de la trompe, au ligament rond; un peu au-dessous et en arrière du ligament utéro-ovarien.

Nettement accusés chez la vierge ces angles s'arrondissent et s'effacent chez la multipare, ce qui expliquerait pour certains auteurs, que c'est surtout chez les primipares qu'on constate la grossesse angulaire.

De même l'angle inférieur du corps qui se confond avec l'isthme bien individualisé chez la nullipare, tend à perdre ses limites précises chez la multipare.

Guyon a fait des moulages de la cavité utérine; plus tard Mauclaire a développé plus amplement cette question. Cependant, Poirier et Charpy, basant leur étude sur ces moulages, nous donnent une excellente description de la cavité utérine à l'état de repos. Nous aurons recours à ces auteurs pour avoir une connaissance nette et précise de cette cavité et plus spécialement de la corne.

La cavité utérine a la forme d'un canal triangulaire, aplati d'avant en arrière de telle sorte que les deux parois antérieure et postérieure sont en contact parfait et ne sont séparées que par un peu de mucus. Ces parois sont sensiblement planes et tout à fait lisses; elles offrent chez la vierge un petit raphé, indice de la dualité primitive de l'utérus. Elles se continuent l'une avec l'autre suivant une ligne qui reproduit assez fidèlement le contour marginal extérieur du corps utérin. Cepen-

dant, le bord supérieur ou base est un peu convexe en dedans. Les bords latéraux, longs de 25 m/m, présentent une disposition semblable, mais plus accusée et pour parler plus exactement, ils sont d'abord très obliques, puis verticaux. Dans leur portion très oblique, ils interceptent avec le bord supérieur, un segment triangulaire dont le sommet externe très aigu, dit angle supéro-externe de la cavité utérine, se continue avec le canal tubaire par l'ostium uterinum, et offre des petits plis muqueux qui se continuent avec ceux de la trompe. Ce segment infundibuliforme est le vestige de la séparation de l'utérus en deux cavités ou cornes. C'est la portion cératine de GUYON, elle est caractéristique de l'utérus de femme impare.

Chez la multipare, le cavum utérin a changé de forme; si l'on s'en rapporte aux moulages de GUYON, de HAJEMANN et de MAUCLAIRE, voici l'expression de la vérité: la cavité s'est élargie ou, du moins, les cornes sont, en quelque sorte, descendues s'appropriant et élargissant le segment inférieur du corps, si bien que, si de l'extrémité des cornes de l'utérus on mène chez la vierge, une ligne droite XY qui rejoigne l'orifice interne du col, vous avez à peu près la forme de la cavité multipare; la corne utérine n'a donc pas disparu, elle s'est élargie. Il y a descente, élargissement des cornes de l'utérus aux dépens de la cavité intermédiaire, très caractéristique des cavités multipares.

On conçoit très bien que l'angle utérin peut varier de forme et de dimension selon les individus et on peut trouver tous les intermédiaires morphologiques, entre les deux aspects limites : d'une part, angle très fin et très allongé semblant continuer la lumière tubaire (voir MAUCLAIRE : les cornes utérines très allongées ont une forme de croissant) d'autre part : angle court, arrondi

émoussé tel que nous le rencontrerons surtout chez les multipares.

D'ailleurs Mauclaire comme conclusion à sa remarquable étude donne les précisions suivantes sur les différents aspects des cornes utérines :

Au point de vue anatomie, la forme de la cavité utérine nous paraît présenter d'assez nombreuses variations, surtout au niveau des cornes utérines.

Tantôt celles-ci se détachent horizontalement, c'est-à-dire à angle droit, mais jamais à angle aigu; tantôt à angle obtus, c'est-à-dire obliquement en haut et en dehors sur une hauteur d'un bon centimètre.

Ces cornes sont tantôt en pointes acérées, tantôt en lames ou en ailes de papillon. Les deux cornes ne sont pas toujours symétriques, comme forme et comme direction; ainsi, l'une peut s'écarter verticalement et l'autre obliquement. Depuis, les cornes pointues jusqu'aux cornes larges et étalées on trouve tous les intermédiaires. De même, depuis les cornes à direction horizontale jusqu'à celles presque verticales, on note tous les intermédiaires.

De plus, ces cornes peuvent se dévier soit en avant, soit en arrière par rapport à l'axe longitudinal de la cavité. Elles forment comme des antennes.

Quand les cornes sont très courbées et très pointues, elles forment un véritable croissant.

Maintenant que nous avons une idée très nette des aspects intérieur et extérieur de la corne vide, il nous faut aussi en décrire la texture.

Nous retrouvons au niveau de la corne les trois couches qui constituent la tunique musculaire de l'utérus.

Nous n'hésitons pas à rapporter intégralement la tres belle description que Mas a faite de cette paroi musculaire. Cet auteur insiste tout particulièrement sur la texture de la corne et il nous en montre avec relief la disposition annulaire des fibres, disposition qui expliquerait l'enchatonnement du placenta.

Les trois couches superposées ont un intérêt inégal.

Couche moyenne: essentiellement plexiforme constituée par des fascicules longitudinaux obliques et surtout circulaires à peu près uniformément répandus. De nombreux vaisseaux la traversent si nombreux qu'elle mérite le nom de couche vasculaire ; les fibres musculaires sont disposées en cercles autour d'eux, leur formant une sorte de sphincter. Les couches externe et interne, étant donné leur systématisation topographiques, sont capitales.

La couche externe : à l'état normal, deux plans la constituent.

Le stratum subsérosum: large bande longitudinale parcourant les deux faces antérieure et postérieure et sanglant le fond.

Le stratum supra vasculare que forment des faisceaux transversaux et circulaires auxquels viennent s'ajouter de nombreuses fibres élastiques. A l'état gravide, cette disposition se complète et se renforce.

Le stratum subsérosum longitudinal prend consistance sous forme d'un ruban large et épais; c'est le faisceau ansiforme. Il naît en arrière, au niveau du col, de fibres transversales qui se redressent brusquement, et se trouve renforcé dans son trajet par de nouvelles fibres prenant la même direction. Il bride le fond utérin, puis passe sur la face antérieure où ses

fibres arrivées au niveau du ligament large lui fournissent des expansions.

Le stratum supra vasculare a des fibres transversales qui donnent naissance aux faisceaux ansiformes ou vont se perdre sur les oviductes, les ligaments ronds ou ovariens. Les fibres circulaires sont très spéciales; au niveau du fond utérin, elles décrivent de gros arcs, descendent sur les bords en s'éloignant des trompes, et, arrivées sur les faces de l'organe, se recourbent pour devenir transversales. Fibres longitudinales du premier strate, fibres circulaires du second, concourent donc au même effet, l'isolement dynamique d'une zone utérine autour de l'orifice des trompes

La couche interne va nous présenter une disposition également particulière de ces fibres qui, ainsi que nous allons le voir, va se résoudre en un résultat semblable. Nous avons à considérer, d'une part les fibres en Z formant le faisceau triangulaire et qu'on a pu isoler sous le nom de stratum infra vasculare, et, d'autre part, un ensemble de fibres musculaires que l'on désigne dans l'utérus non gravide, sous le vocable de stratum submucosum. Le faisceau triangulaire a sa base suivant la ligne des trompes, son sommet en bas vers le col. La direction de ces fibres est de gauche à droite pour la paroi antérieure, et de droite à gauche pour la paroi postérieure. Ces fibres, d'ailleurs, ne sont autres que des fibres transversales changeant brusquement de direction au niveau des bords de l'organe.

Il résulte de la disposition triangulaire du faisceau que les cornes utérines seront les parties les moins musclées, tandis que le fond et les faces verront au contraire, leur musculature renforcée par le faisceau triangulaire. Cette disposition est plus accentuée peut-être pour les fibres circulaires du stratum submucosum. Vers l'orifice des trompes, ces fibres sont disposées en anneaux concentriques. Les plus petits, les plus minces touchant presque l'orifice tubaire. Les plus grands, au contraire, se continuent avec les arceaux de la voûte qui

les renforcent; ils s'adossent sur la ligne médiane avec ceux du côté opposé et, se prêtant un mutuel appui, forment ce que l'on a appelé les muscles orbiculaires des trompes. Le terme est-il ,peut-être, légèrement impropre, car cette sorte de sphincter isole non seulement les trompes de la cavité utérine, mais aussi, en partie du moins, les cornes elles-mêmes de l'utérus.

En résumé, on peut schématiser ces notions anatomiques de la façon suivante: le muscle utérin gravide est composé de trois couches. La moyenne est également répartie sur toute l'étendue de l'organe. Les couches interne et externe ont une disposition spéciale de leurs fibres différente pour chacune d'elles. Elles concordent en ce sens que, pour l'une et pour l'autre, existe une zone où la pénurie musculaire est manifeste, c'est la région des cornes utérines ou juxta-salpingienne. Enfin, la couche interne forme, à ce niveau, un véritable sphincter contractile, les muscles orbiculaires. La zone ainsi circonscrite est pauvrement musclée, puisqu'elle n'est formée pour ainsi dire, que de la fin de la couche plexiforme moyenne; les fibres appartenant soit à la couche interne, soit à la couche externe, sont réduites à tel point que leur action est pratiquement négligeable.

Et l'on ne peut s'empêcher de comparer cette zone, si pauvrement musclée ,que nous venons de décrire avec l'autre partie de l'utérus qui nous présente des caractères analogues, sinon semblables. Je veux parler du segment inférieur. Comme le placenta angulaire, le placenta praevia présente étalement adhérence souvent, longueur du décollement, hémorragie, parce que, comme la région des cornes utérines, le segment inférieur est pauvrement musclé; la couche plexiforme moyenne cessant à l'anneau de Bandl, et sa paroi n'étant plus constituée que par la réunion des couches sous-séreuse et sous-muqueuse, on peut donc justement les rapprocher au point de vue tonicité et inertie.

La muqueuse de l'angle utérin est mince et de plus elle repose sur un plan musculaire mal irrigué. Elle rappelle par sa structure, sa disposition et son rôle obstétrical, la muqueuse de l'angle inférieur. Nous l'étudierons plus en détail, au chapitre de l'anatomie pathologique.

Nous retiendrons de cette étude anatomique :

La pauvreté musculaire de la région angulaire, la déficence vasculaire et la minceur extrême de la muqueuse qui la tapisse et présente des petits replis muqueux en continuation avec ceux de la trompe ; enfin les multiples formes que peut affecter la corne.

Anatomie Pathologique de la Grossesse Angulaire

Ayant étudié l'anatomie de l'angle utérin, du point de vue statique il nous faut maintenant envisager son étude du point de vue dynamique, et voir ce que devient cette poche au fur et à mesure que la grossesse évolue. L'anatomie pathologique de la grossesse angulaire offre à considérer deux ordres de faits.

1. — Les modifications de forme et de consistance qui se produisent au niveau de la corne.

2. — Le placenta angulaire qui, lui, subit une forme spéciale du fait de son insertion anormale.

Le développement angulaire de l'œuf a pour résultat d'imprimer au segment gravide des changements dans sa morphologie et dans sa consistance.

On voit se former une tumeur para-utérine, dont le volume et la forme varient selon l'âge de la grossesse.

De la grosseur d'une noix au début et d'autant plus hémisphérique que l'œuf est situé près de l'ostium tubae, elle atteint vers le troisième mois, le volume d'un gros œuf, ou d'une

mandarine et tend, à partir de ce moment, à se confondre de plus en plus avec l'utérus. (VELLUET).

En effet, alors que, dans la grossesse normale, l'œuf étant implanté sur une des deux faces antérieure ou postérieure, ou sur le fond, au voisinage de la ligne médiane, le sac ovulaire, en se développant excentriquement, refoule dans les mêmes proportions toute l'enveloppe utérine, si bien que celle-ci affecte une forme régulière, globuleuse ou ovoïde suivant l'âge, dans la grossesse angulaire, au contraire, le produit de conception sollicite seulement la distention des parois de la corne alors que le reste de l'utérus ne subit qu'une très légère modification de forme et de consistance, à peine appréciable à l'examen. Cette masse para-utérine pourra être mise en évidence pendant les trois premiers mois de la grossesse pour la plupart des auteurs, jusqu'à quatre mois et demi dans certains cas où la corne est plus longtemps tolérante.

A partir de ce moment, l'œuf, ayant par son développement, atteint les limites d'expansion de la corne, en est énucléé progressivement et oriente sa marche vers le milieu de la cavité utérine où il va trouver de meilleures conditions pour sa croissance.

Ce passage de l'embryon, de la corne à la cavité utérine proprement dite, qui s'accompagne souvent de douleurs et quelquefois d'hémorragies peut se produire dans certains cas assez rapidement (Voir observations N° XXXII et XXXIII).

A partir de ce moment-là, la corne s'est intégrée à l'utérus et nous constatons que celui-ci a désormais une forme gravide normale.

A vrai dire, l'angle ne s'est pas complètement libéré de tout son contenu. Dans l'œuf, en effet il y a une partie mobile, l'embryon, et une partie fixe, le placenta. Seul, l'embryon a été rejeté, et le placenta est resté fixé aux parois qui constituaient l'ancienne cavité angulaire, mais qui, maintenant forment un angle arrondi, véritable calotte sphérique faisant partie du conteur harmonieux de l'utérus. Cet angle, désormais, ne détonne plus par son relief en fluxion et il a enfin réintégré le territoire utérin après s'être isolé pour accaparer, à lui tout seul pendant un certain temps le rôle d'organe de gestation.

Cette corne gravide, au cours de son dévloppement, a augmenté considérablement de volume par rapport au corps utérin ; elle a tendance à s'individualiser et à constituer une masse qui peut paraître indépendance de l'utérus En effet, il existe, entre l'angle hypertrophié et le reste de l'utérus, une légère dépression, plutôt qu'un sillon net et qui, dans certain cas, rappelle le sillon de séparation qu'on rencontre dans la grossesse tubaire isthmique.

Les parois de l'angle gravide subissent le même ramollissement constaté au niveau de l'utérus tout entier au cours de la grossesse normale. Ce ramollissement est dû

à l'importance considérable que prennant les vaisseaux sanguins de la tunique musculaire et il tient aussi à la présence de liquide amniotique et à l'imbibation spéciale qui imprègne les tissus gravides.

On retrouve, au niveau de la corne gravide, du point de vue histologique, les mêmes modifications que présente l'utérus gravide normal. On note, en effet, une hyperplasie des fibres conjonctives et des fibres musculaires. De plus, ces dernières s'hypertrophient considérablement pouvant atteindre les dimensions de 500 à 600 mus de longueur sur 14 mus de largeur et certaines de ces fibres peuvent prendre un aspect strié.

Au début de la grossesse angulaire la paroi utérine subit donc une hypertrophie considérable, surtout au niveau de ses fibres orbiculaires, et ce développement contribue, en grande partie, au début, à former la fluxion angulaire.

Mais, bien vite la paroi angulaire perd la marge d'épaisseur de sécurité acquise au début et devient de plus en plus mince ; il se produit un déséquilibre entre la croissance de l'embryon et le développement de la paroi, celle-ci ne peut donner que ce qu'elle a et, comme ses possibilités d'hypertrophie et d'hyperplasie sont réduites par suite de sa petite étendue et de sa pauvreté en fibres musculaires, elle va s'amincir de plus en plus.

Cette minceur de la paroi est parfois telle qu'elle peut

devenir transparente comme une hydrocèle vaginale. C'est ainsi que « Kelly, faisant une laparatomie et croyant enlever une grossesse ectopique, vit qu'il s'agissait d'une grossesse utérine : la corne gravide était transparente comme une hydrocèle vaginale ; il referma l'abdomen et la grossesse alla à terme ». (Devraigne).

On comprend, dès lors, le danger possible de rupture utérine, si la corne chargée d'assurer à elle seule tous les frais d'expansion ne réagit pas assez tôt pour se délivrer de l'embryon.

On sait que dans l'utérus normal, l'épaississement se produit jusqu'au 6e mois et, à partir de ce moment, les parois utérines s'amincissent jusqu'à atteindre à peine quelques millimètres.

La muqueuse angulaire peut être saine ou atteinte d'endométrite. Dans ce cas, on trouve une muqueuse turgescente, polypeuse, granuleuse, villeuse, qui joue un rôle important dans l'étiologie de la grossesse angulaire, de ses complications du début et qui peut être la cause de dystocie placentaire par défaut de décollement des membranes.

Du point de vue obstétrical, la muqueuse utérine peut être divisée en deux zones.

1° Une zone présentant pour l'œuf toutes les conditions biologiques requises pour son bon développement. (Conditions qui sont : épaisseur suffisante, irrigation

intense, rapports avec un territoire musculaire qui ne soit pas susceptible de se déformer ou de se contracter violemment pendant la durée de la gestation) et qui occupe toute la cavité utérine sauf les trois angles. C'est ce que MOTHE appelle le cœur de l'organe « car cette zone est seule capable, en dehors de tout état pathologique, de mener à bien d'une façon constante et sûre la maturité de l'œuf ».

2° Une zone qui au contraire , de par sa structure, sa minceur, son rapport avec une paroi musculaire mal irriguée et qui peut ou se contracter ou se dilater trop brusquement ,offre des conditions insuffisantes la plupart du temps pour le développement normal de l'œuf. C'est la région du seuil de MOTHE.

Nous voyons donc que la muqueuse utérine n'a pas un rôle identique dans toutes ses portions et nous comprenons que ,suivant le lieu de la nidation, l'évolution de la grossesse pourra varier.

DEVRAIGNE dit :

On ne borne plus aujourd'hui le rôle de la caduque utérine à celui de membrane de fixation et de protection. Depuis que l'on connaît mieux le premier stade de la nidation, on admet que la caduque est comme une vaste glande chargée d'assumer la nutrition de l'œuf et de lui fournir des réserves. Un travail fait par ZARETSKY, à l'instigation de BAR, a bien mis en valeur la fonction glycogénique de la caduque. Nous comprenons donc très bien que l'œuf, greffé sur une caduque maigre, aura tendance à s'atrophier et à mourir.

Dans le cas où l'œuf s'est arrêté dans un angle supérieur, Mothe envisage les trois éventualités suivantes : « Ou bien l'embryon se contentera du sang qui lui est apporté et l'évolution se fera normalement ; ou bien il n'en aura pas assez et il mourra faute de nourriture suffisante : d'où avortement ; dans le cas intermédiaire : l'embryon reçoit assez de sang mais pas assez pour se bien développer ; alors il se passe, du côté du placenta, un phénomène particulier : ce dernier, ne trouvant pas assez de sang sur place, pousse des prolongements, des digitations vers la partie médiane pour y aller puiser le liquide nourricier : tel un arbre végétant sur un sol rocailleux pousse ses racines vers la source qui coule à ses côtés. Un tel placenta a reçu le nom de placenta bordé ».

La muqueuse angulaire devenue caduque, subit les mêmes transformations que dans la grossesse normale. Elle s'hypertrophie d'abord, au début, et donne naissance aux trois caduques habituelles. Mais il peut se former, lors des grossesses angulaires, des placenta de forme anormale.

Ces placenta anormaux ont été décrits par différents auteurs. Ils présentent des modifications d'aspect dûes, d'une part, à leur fixation sur une région peu richement vascularisée et, d'autre part, à une déformation produite par l'anneau de stricture dans le cas de placenta enchatonné.

Puech a le premier décrit cette forme particulière du placenta qui est obligé, pour subvenir à la nutrition de

l'œuf, de pousser ses villosités assez loin, de s'étaler pour augmenter la surface d'absorption. « Ce placenta présentait deux parties distinctes : l'une épaisse, charnue : l'autre amincie, aplatie en limande et rappelant l'aspect d'une portion du placenta sur le segment inférieur. »

Dans certains cas, le placenta est bordé, marginé. Pour Schwab, il serait dû à la présence de petites hémorragies autour du chorion basal. Pour Bar, au contraire la cause la plus fréquente serait « l'insertion sur une caduque malade peu épaisse, peu riche. En pareil cas le placenta se développe mal, le chorion basal reste faible étendu, mais, à un moment donné, la vitalité du fœtus oblige les villosités à franchir les bords du chorion basal et à s'étendre au-delà » et Velluet ajoute : « Ce sont là, en effet, les conditions qui existent pour la muqueuse qui tapisse les cornes utérines au voisinage de la trompe. Nous savons, d'autre part, que le placenta bordé se rencontre presque toujours quand il existe de l'endométrite. »

Parmi les formes curieuses de placenta angulaire nous pouvons citer toutes celles de placenta enchatonné. Les uns sont en fer à cheval, ovalaires. Dans l'observation de Maygrier (Obs. IV) nous pouvons lire : « Ce placenta pesant 320 grammes affecte une forme très particulière. Inséré sur toute l'étendue de la corne utérine, il s'est, pour ainsi dire, moulé sur elle et a pris l'aspect d'une sorte d'aumônière dont l'ouverture correspond à celle de

la corne elle-même ; les bords de cette ouverture se continuent avec les membranes ; le cordon présentait une insertion véamenteuse. »

Dans l'observation Audibert N° VII on trouve « un placenta très allongé ; séparation en deux îlots réunis par un pont membraneux avec seulement quelques débris de tissus placentaires. »

Dans l'obs... Coll de Cabrera N° XLII « sa forme est irrégulière, festonnée ; il est mince, étalé, affectant le type en limande du placenta praevia. »

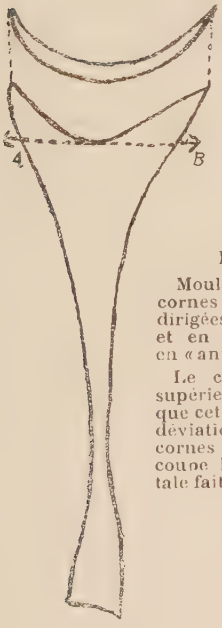
Des placenta enchatonnés peuvent s'accompagner aussi de cotylédons succenturiés, aberrants.

L'étude de l'anatomie pathologique de la grossesse angulaire nous a permis de comprendre la formation de cette masse angulaire, son évolution, son expansion et son intégration à l'utérus. De plus, nous comprenons la possibilité de certains accidents : rupture, hémorragies, avortements. Nous pouvons, dès maintenant, nous basant sur un substratum anatomique et anatomo-pathologique solide, aborder la symptomatologie de cette importante question.

I.— Cornes larges et asymétriques (grandeur naturelle)

II
Utérus sans lésions cornes asymétriques (grandeur naturelle)

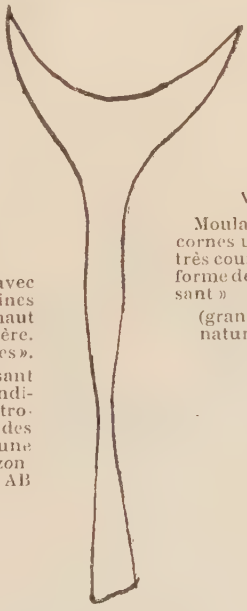
III.— Utérus sans lésions cornes asymétriques (grandeur naturelle)



IV

Moulage avec cornes utérines dirigées en haut et en arrière, en « antennes ».

Le croissant supérieur indique cette rétrodéviation des cornes sur une coupe horizontale faite en AB

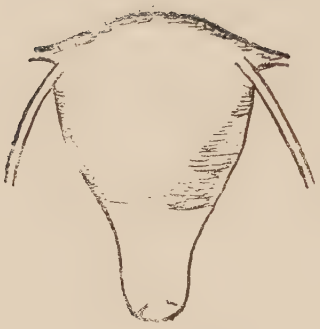


V

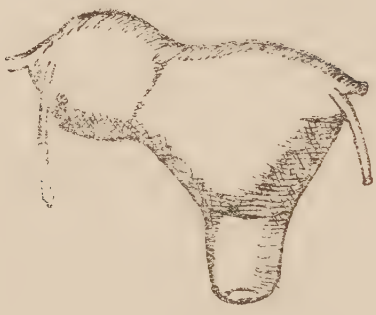
Moulage avec cornes utérines très courbes, en forme de « croissant »

(grandeur naturelle)

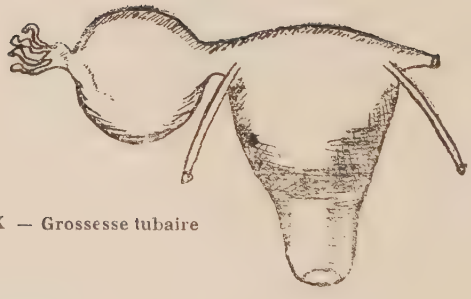
VI.— Utérus sans lésions cornes asymétriques en « ailes de papillon » (grandeur naturelle)



VII.— Utérus normal



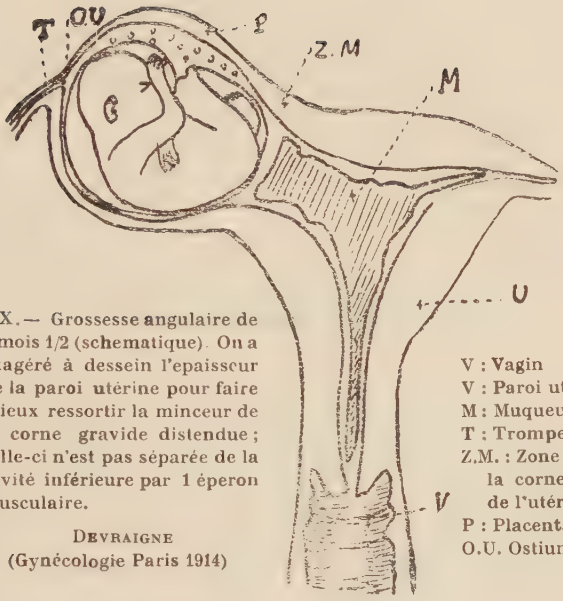
VIII.— Grossesse angulaire



IX — Grossesse tubaire

Figures schématiques pour mettre en valeur la situation des ligaments ronds

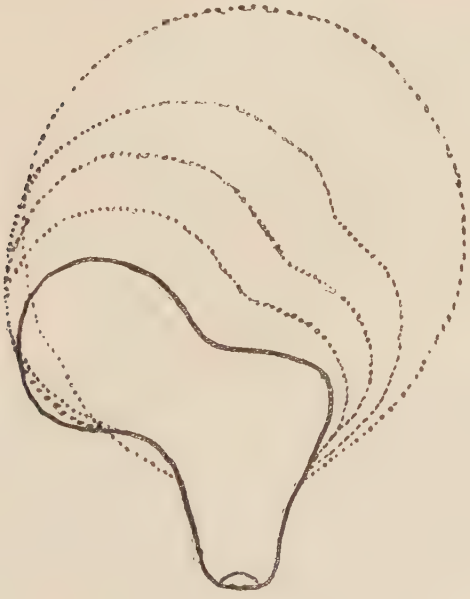
DEVRAIGNE (Gynécologie Paris 1914)



X.— Grossesse angulaire de 2 mois 1/2 (schematique). On a éxagéré à dessein l'epaisseur de la paroi utérine pour faire mieux ressortir la minceur de la corne gravide distendue ; celle-ci n'est pas séparée de la cavité inférieure par 1 éperon musculaire.

DEVRAIGNE
(Gynécologie Paris 1914)

V : Vagin
V : Paroi uterine
M : Muqueuse utérine
T : Trompe
Z.M. : Zone molle entre la corne et le reste de l'utérus
P : Placenta
O.U. Ostium-uterinum



XI.— Rêduction progressive d'une grossesse angulaire

(PISCACEK)

Symptomatologie

La grossesse angulaire peut se présenter sous différents aspects cliniques, suivant qu'elle évolue normalement ou qu'elle s'accompagne de complications qui peuvent, non seulement, en modifier l'allure, mais aussi compromettre la vie du fœtus et aboutir à l'avortement.

Dans une première partie, nous étudierons la symptomatologie de la grossesse angulaire évoluant normalement vers l'accouchement à terme.

Dans une deuxième, nous grouperons les complications qui peuvent survenir et qui doivent être considérées comme des signes révélateurs de la nidation angulaire. (Douleurs, hémorragies, avortements).

I. — GROSSESSE ANGULAIRE EVOLUANT NORMALEMENT

L'observation de telles grossesses est assez rare. En effet, les femmes, pour la plupart, ne viennent se faire examiner que si elles souffrent de leur grossesse. Encore, faudrait-il les voir pendant les deux ou trois premiers mois de la gestation, car nous savons que la grossesse angulaire ne peut être angulaire qu'au début et qu'à

partir de la fin du troisième mois, la tumeur para-utérine a complètement fondu pour s'intégrer au reste de l'utérus; dès lors, le palper et le toucher combinés révèlent la présence d'un utérus gravide de forme et de dimensions normales à l'âge de la grossesse.

A part la forme anormale de l'utérus, nous retrouvons tous les signes subjectifs et objectifs qui marquent le début des grossesses normales. Ce sont des phénomènes maternels ou signes de probabilité. C'est ainsi que nous observons la plupart des signes sympathiques, c'est-à-dire: les nausées, dégoût alimentaire, vomissement malaises, etc... accompagnés d'aménorrhée.

Les petits signes objectifs sont au complet; à la face, on note le masque de la grossesse, à l'abdomen un début de ligne brune, au cou et au niveau des membres inférieurs, une pigmentation systématisée ; au niveau des seins, on note l'hypertrophie de la glande, le boursouflement de l'aréole, la saillie des tubercules de Montgoméry, le réseau veineux superficiel, tous phénomènes traduisant la congestion mammaire.

Jusque-là, au cours de notre examen, rien ne vient nous faire penser à une grossesse angulaire ; ce n'est que par le procédé du toucher combiné au palper que va prendre naissance, sous nos doigts, cette forme asymétrique de l'utérus qui signe la grossesse angulaire. Voici les renseignements fournis par le palper et toucher combinés.

Le col. — Sans présenter le ramollissement net et caractéristique qui, dès les premiers mois de la grossesse, apparaît à la périphérie de l'orifice cervical externe pour envahir progressivement tout le museau de tanche, il est cependant moins ferme qu'à l'état non gravide et un doigt très expert peut apprécier la sensation velvétique de muqueuse déjà épaissie. Ceci est l'opinion d'Ouvrier. Devraigne dit, au contraire, que le col ne semble pas ramolli, même pas à la partie inférieure du canal cervical.

Le corps utérin proprement dit est dans une situation médiane ou légèrement déviée de côté. On arrive à en délimiter, très facilement, le fond et un des bords qui se rejoignent en haut pour former un angle mousse. Par contre, l'autre bord n'est pas nettement perçu et se perd dans une masse molle para-utérine sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Son volume est normal ou légèrement augmenté; en tout cas, sa masse ne correspond pas à l'âge probable de la grossesse. Il est dur, rappelant le tissu fibreux, ne semblant pas gravide, manquant de souplesse : cet ensemble de sensations sera d'autant plus net et franc que, comme nous le verrons plus loin, la masse juxta-utérine représentant la corne gravide est elle-même plus molle. D'autre part, l'utérus peut présenter au moment de son exploration une contraction qui accentue encore sa dureté. Donc, absence de cette sensation de mollesse, d'élasti-

cité toute spéciale rappelant la consistance de figue à peine mûre et qui caractérise la grossesse normale.

Le corps conserve son allure d'organe plat comme en dehors de la grossesse, et il n'a pas tendance à devenir plus ou moins sphéroïde ou ovoïde, partant, on ne découvre pas le signe de Noble (dû à l'évasement du segment inférieur).

On note aussi l'absence de signe de Hégar. Audebert et Dambrin, dans les conclusions faisant suite à deux observations de grossesse angulaire (Obs XXXII et XXXIII) mentionnent l'absence du signe de Hégar et de ramollissement du col.

« L'œuf étant implanté trop loin et trop haut, les modifications vasculaires qui se produisent normalement du fait de la gestation restent localisées dans la corne et toute la région inférieure de l'utérus échappe à leur influence; de même, le tapage qui se fait au cinquième étage d'un immeuble n'émeut pas les locataires du rez-de-chaussée ou de l'entresol. »

Poursuivant l'examen, on trouve, du côté où le bord avait été difficile à délimiter, flanquant la masse médiane, constituée par la portion non gravide de l'utérus, une tumeur semblant jaillir de l'angle supérieur correspondant

Cette masse latéro-utérine présente un volume, variant suivant l'âge, d'une noix à une mandarine. La forme est quelquefois arrondie, globuleuse, « elle peut être bosselée, irrégulière, en tête de brioche », le plus sou-

vent allongée dans le sens transversal. Elle a la consistance molle, souple, pâteuse, d'un utérus gravide; elle est parfois assez fluctuante, et, quelquefois, se laissant déprimer par le doigt, elle donne l'impression d'une poche kystique mal distendue.

Elle a tendance à tomber en avant et bombe dans le cul de sac latéral correspondant.

Spontanément, il n'y a pas de douleur, et l'examen permet de voir que cette masse n'est pas sensible.

Cette masse mollasse, présentant habituellement des contours indécis à cause de son défaut de consistance, est imparfaitement délimitée à sa partie externe. On peut, dans quelques cas heureux, cependant, sentir en dehors de cette masse ,le ligament rond qui en marque la limite externe. Bar recommande de mettre en évidence, sytématiquement, ce ligament dont le rapport avec la masse para-utérine est intéressant pour la discussion du diagnostic différentiel

Le côté interne de cette tumeur tend à se fondre avec le bord correspondant de l'utérus auquel il se soude intimement.

La plupart du temps, cette tumeur fait corps avec l'utérus et ne peut en être dissociée. Aucun sillon ne sépare les deux masses qu'on n'arrive pas à isoler l'une de l'autre, même en mettant la femme dans la position de Trendelenburg. Cette disposition serait même la rè-

gle pour Ouvrier, Velluet, Bidoire. Puech dit que, dans quelques cas, on peut trouver entre la corne hypertrophiée et le reste de l'utérus un véritable sillon de séparation comme celui de la grossesse tubaire. Schebat est aussi de cet avis, mais il dit que ce sillon est plus ramolli dans le cas de grossesse angulaire.

Nous croyons que le mot sillon est utilisé ici à tort, car il éveille une idée de séparation nette, d'indépendance, de zone de striction entre les deux parties gravide et non gravide.

Nous préférons le mot « dépression » qui s'applique davantage à la description de cette zone qui, intermédiaire à l'angle gravide et au reste de l'utérus, et parce qu'elle est plus molle que l'angle et ne recouvre pas encore une portion fœtale, se laissera plus facilement déprimer au cours de l'examen et donnera alors l'impression qu'il existe un véritable sillon. C'est ainsi qu'il n'y a pas de réalité anatomique correspondant au godet d'empreinte au niveau d'une région œdémateuse. Le godet est une déformation toute momentanée qui naît d'une pression et disparaît quelques instants après la cessation de sa cause. La corne gravide est mobile autour de cette zone ramollie qui sert alors de véritable charnière. Cet anneau de ramollissement très prononcé donne naissance au faux signe de Hégar ou signe de Hégar élevé, décrit par Bar.

Cette zone peut, dans certains cas, être si molle qu'on

peut penser que les deux masses sont indépendantes l'une de l'autre, d'où erreur de diagnostic possible, et il en résulte qu'on croit se trouver en présence de l'utérus, non gravide, accolé d'une véritable tumeur para-utérine.

On peut sentir aussi, au cours du palper bimanuel, l'utérus se contracter et durcir et les ondes de contraction s'irradier jusque dans la corne gravide qui tend alors à fondre ses contours avec ceux de l'utérus.

Voir Observation XXXVI : « Au cours de l'examen, on sent nettement les contractions de l'utérus qui solidarisent cette masse avec l'utérus, si bien que le diagnostic de grossesse angulaire est envisagé ». Quelquefois, il peut y avoir un mouvement alternatif des contraction, celles-ci siégeant tantôt au niveau du corps, tantôt au niveau de la corne (Obs. XXX).

Devraigne dit à leur sujet :

Parfois, en effet, ces contractions sont limitées à un faisceau musculaire (Faisceau de Calza), à une moitié répondant à un canal de Muller. Ces contractions anormales qui sont déjà si troublantes dans les cas de grossesse utérine normale le sont singulièrement davantage, quand il y a grossesse angulaire. En effet, le corps utérin se contracte pendant que la corne gravide reste molle ou inversement, d'où la confusion facile avec un fibrome qui n'existe pas et surtout avec un utérus vide et une grossesse extra-utérine. »

Nous verrons plus loin, dans l'étude du diagnostic différentiel de la grossese angulaire avec la grossesse tu-

baire, que ce signe est très important ; nous apprendrons aussi comment, au besoin, on peut, par l'épreuve de Reeb, le faire naître sous les doigts.

Voilà donc le tableau clinique de la grossesse angulaire, au cours des deuxième et troisième mois, évoluant sans complications. C'est surtout au cours du deuxième mois, que la déformation angulaire est le mieux dessinée.

Dans le courant du troisième mois, au fur et à mesure que les jours passent, la masse latérale devient de plus en plus médiane et vers la fin de ce mois habituellement (bien que, dans certains cas, on ait noté une plus grande durée de la fluxion utérine) l'utérus a repris sa forme normale.

Nous ne terminerons pas cette première partie sans dire que c'est pour la facilité didactique de l'exposé que ce tableau clinique a été composé d'une façon aussi artificielle. Il faut bien se souvenir que, dans la grande majorité des cas, viendront se greffer sur lui des complications plus ou moins dramatiques qui lui imprimeront une allure particulière d'où il sera parfois difficile de dégager le diagnostic de grossesse angulaire. En effet, évoluant sur le fond subjectif et objectif tel que nous venons de le décrire, nous verrons souvent se produire d'une façon isolée, successivement ou conjointement, tantôt une hémorragie, des signes d'avortement, tantôt des douleurs aux modalités si multiples, et plus exceptionnellement une rupture de la corne.

Ces accidents, intéressants à connaître pour nous, médecins et auxquels on accorde une grande valeur sémiologique, car ils nous mettent souvent sur la voie de la grossesse angulaire au début, doivent bénéficier d'une place d'honneur dans le chapitre de la symptomatologie et non être relégués au chapitre de seconde zone des simples complications.

II. — SYMPTOMATOLOGIE DES ACCIDENTS QUI PEUVENT SURVENIR PENDANT QUE LA GROSSESSE EST ENCORE A SA PHASE ANGULAIRE

La plupart du temps, la grossesse angulaire est diagnostiquée grâce à une complication née de la greffe anormale de l'œuf.

Il n'est pas difficile de penser que la grossesse angulaire, évoluant à l'étroit dans l'angle utérin, va manifester son anomalie par des signes de souffrance, qui auront leur point de départ, soit au niveau de l'embryon, soit au niveau du tissu utérin. Ces signes seront d'autant plus accusés, que la grossesse angulaire étant une forme à cheval, entre la grossesse anormale et la grossesse extra-utérine, pourra avoir tendance, restant cantonnée dans la corne, à se conduire comme une grossesse ectopique.

Les accidents qui pourront, dès lors, entraver la mar-

che de la grossesse angulaire, sont les mêmes que ceux qui viennent assombrir le pronostic des grossesses tubaires, c'est-à-dire :

les douleurs très riches dans leur multiplicité et leurs différentes modalités,

les avortements et hémorragies,
les ruptures.

Nous allons étudier la symptomatologie de ces différents accidents, en abordant, d'abord, celui qui est le moins fréquent et le moins connu : la rupture de la corne gravide, pour terminer par les plus fréquents : les douleurs.

a) Les ruptures

Les cas de rupture de grossesses angulaires n'ont pas fait l'objet de communications très nombreuses et on en trouve que de très rares mentions dans la littérature.

MM. Bloch J.-C. et Miraille C. rapportent un cas de grossesse angulaire rompue avec présentation de pièces (voir Obs. XXXIV).

D'ailleurs, bien avant la connaissance de la grossesse angulaire, certaines observations permettent d'affirmer qu'il y a eu des ruptures de corne gravide.

A la suite d'autopsies, on se trouvait parfois en présence d'une poche angulaire, contenant un fœtus et, comme l'on n'avait pas encore acquis la notion de gros-

sesse angulaire et individualisé cette grossesse spéciale, on disait tout simplement que l'on avait affaire à une grossesse interstitielle ou, tout au plus, à une grossesse utéro-tubaire.

Or, nous savons fort bien que les grossesses utéro-tubaires, créées de toutes pièces par Jacquemier pour les besoins de la cause, ne correspondaient à aucune réalité, ni clinique, ni anatomo-pathologique. De plus, Puech lui-même n'a-t-il pas dit :

Les faits rapportés par Maschka, Braxton-Hicks Bandl, Spiegelberg, etc. susceptibles de discussion, donnés comme des exemples de grossesse interstitielle à évolution utérine, me paraissent quant à moi constituer des cas très nets de grossesse utérine avec développement anormal d'une corne.

Mothe rapporte, dans sa thèse, deux observations de rupture utérine, publiées, l'une en 1898 (in thèse Mercier, Paris), l'autre de Bar et Mercier (*Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1898), obs. V et VI de notre thèse.

Dans l'une, il y a rupture d'une corne utérine au neuvième mois; dans l'autre, il s'agit d'une rupture au deuxième mois.

Mothe rattache ces cas de rupture au groupe des grossesses angulaires et non à des grossesses interstitielles comme le croyaient les auteurs de ces observations.

Par contre, les cas de rupture de corne gravide dans les utérus malformés sont assez nombreux.

Nous n'avons pas l'intention de brosser le tableau de la rupture angulaire, notre but étant simplement, dans ce chapitre, de montrer son existence. D'ailleurs, la lecture de l'obs. VI montre que cette rupture se rapproche et même se superpose, par son allure dramatique et son cortège symptomatique, à la rupture d'une trompe gravide suivie de l'hématocèle rétro-utérine cataclysmique, décrite par Barnes.

Mothe a cherché à établir le mécanisme de ces ruptures et il les classe en deux catégories d'âge et de pathogénie différents.

Premier cas. — *La rupture se fait au début de la grossesse:* on peut admettre que l'œuf, inséré dans ce coin, ne reçoit pas assez de sang; il en résulte alors ce qui se passe dans la trompe: les villosités choriales, en quête de sang, creusent profondément tout comme les racines d'un arbre. Elles se répandent en étendue (placenta bordé), en même temps qu'en profondeur. Il en résulte que la musculature utérine, ainsi vrillée est devenue plus faible et se laisse rompre, sous un effort quelconque ,ou même sans cause apparente.

Dans le deuxième cas, *la rupture se fait à la fin:* cette portion utérine chargée de fournir, à elle seule, l'expansion nécessitée par l'accroissement de l'œuf, est poussée excentriquement jusqu'à l'éclatement, tel un ballon trop gonflé.

b) les avortements et les hemorragies

Nous plaçons ces deux accidents dans le même chapitre, car ils sont produits par le même mécanisme et l'hémorragie, très souvent, n'est que le stade initial de

l'avortement. Au tableau récapitulatif des grossesses angulaires compliquées, nous voyons que : une fois sur deux, l'avortement suit les douleurs (25 cas d'hémorragies, dont 12 suivies d'avortement).

a) *Les avortements.* — Nous n'envisagerons que les avortements spontanés et parmi ceux-ci, qui sont dûs, on le sait, à une cause relevant, soit des procréateurs, soit de l'utérus, soit de l'œuf, nous nous arrêterons aux causes relevant de l'œuf.

L'œuf peut être une cause d'avortement pour plusieurs raisons qui sont : soit une maladie du chorion ou de l'amnios, soit les maladies du fœtus, soit enfin les insertions vicieuses du placenta. Parmi ces différentes causes, seule nous intéressera surtout l'insertion vicieuse du placenta.

Il est évident que toutes les autres causes précitées peuvent, soit isolées, soit combinées, aboutir à l'avortement de la grossesse angulaire ; mais, du fait que, dans cette grossesse, le placenta est inséré d'une façon anormale sur un terrain peu apte à le nourrir (zone maigre de Bar) et, de plus, soumis à des contractions qui en compromettent les bases d'implantation, nous voulons voir dans cette insertion vicieuse angulaire, sur une muqueuse malade la cause primordiale de l'avortement, à côté de la quelle toutes les autres causes possibles ne peuvent être qu'adjuvantes.

Nous allons essayer de comprendre le mécanisme de cet avortement.

Deux théories s'affrontent, dont l'une soutenue par Bar rejette la responsabilité sur la muqueuse angulaire déficiente, et l'autre, par Bayer, accuse le développement utérin.

Voyons ce qui se passe dans l'angle utérin, une fois l'œuf fixé, et les conditions que devraient réaliser la muqueuse et le muscle utérin, pour que la grossesse angulaire évolue sans accidents jusqu'à terme.

1° Il faut que la muqueuse utérine soit d'abord saine et, ensuite, suffisamment vascularisée, de façon à fournir à l'œuf tous les matériaux nutritifs nécessaires à son développement.

Or, si nous nous reportons, d'une part, au chapitre de l'étiologie, nous voyons que la muqueuse utérine où s'est fixé l'œuf, est, la plupart du temps, une muqueuse malade atteinte d'endométrite, présentant donc un mauvais terrain pour le développement de l'œuf; d'autre part, l'anatomie de cette région en montre l'insuffisance de la circulation sanguine, par rapport à la vascularisation du corps propre de l'utérus, et la faible épaisseur de la muqueuse.

2° Il faut que le muscle angulaire ne détermine pas, d'abord, par son expansion, puis, dans son travail d'expulsion, un décollement de l'œuf.

a) Le décollement de l'œuf peut voir sa cause dans le développement même de l'angle. C'est Bayer qui, à la théorie de l'insuffisance de nutrition défendue par Bar, a ajouté une théorie mécanique. Voici d'ailleurs ce qu'il dit :

Donc, l'œuf s'est greffé au niveau de l'angle; or ce point n'offre pas une surface unie. De la sorte, le placenta rappellerait ainsi un tableau que l'on aurait accroché à l'angle d'un appartement ; c'est dire qu'il est à cheval sur les trois faces ; l'une supérieure, et les autres latérales. Ces surfaces, par suite de l'accroissement de l'expansion de la corne, ne tardent pas à s'espacer de plus en plus, à s'arrondir en formant un segment de sphère à rayon croissant, à fuir en un mot. Que va-t-il résulter de ce processus ? Le placenta, par la disposition même des lieux avait ses plus fortes attaches à son pourtour, tandis que son centre correspondant à l'angle même, était moins bien fixé ; par suite, la corne dans son mouvement d'expansion, tiraillera sur ces points d'attache et cela d'autant plus que cette expansion sera plus rapide, ou, pour mieux dire, plus sera grand l'écart entre le développement du placenta et celui de la corne.

Or ajoute Mothe :

Le placenta, en ce point comme en un autre, se développe normalement, tandis que la corne ainsi que nous l'avons fixé approximativement, se développe dix fois plus vite qu'à l'état normal. En un mot, il y a traction concentrique du placenta qui est attiré, tout comme si la corne faisait ventouse, et ses points d'attaches périphériques, se rompent, se détachent. Résultat: hémorragie par décollement placentaire, et si cette surface de décollement est par trop étendue, mort du fœtus par asphyxie.

b) L'œuf, poursuivant son développement dans la cor-

ne, réalisant l'expansion kystiforme de Le Lorier, atteint, vers le troisième mois, un volume tel que l'espace angulaire ne lui est plus suffisant. Il doit alors chercher à pénétrer dans le cavum utérin proprement dit. Ce passage peut se faire, sans effort, sous la simple contraction rythmée, des faisceaux orbiculaires de l'angle. Mais, sans qu'il y ait malformation utérine, la corne gravide peut très bien, au moment où elle doit rejeter son hôte devenu indésirable par sa taille, revêtir la forme d'une poche kystique, sorte d'annexe du cavum utérin, à communication plus ou moins étroite avec lui.

Il se produit un étranglement à la limite du faisceau orbiculaire (limite qui correspond au faisceau de Calza) qui, par sa contraction, peut s'opposer aux contractions angulaires et les exaspérer en paroxysmes pouvant compromettre l'implantation de l'œuf.

D'ailleurs, l'existence du placenta enchatonné dans la grossesse angulaire n'est-elle pas la preuve, qu'il y a pour passer de la poche angulaire, dans la cavité utérine un obstacle sérieux à franchir Et rien ne prouve que cet obstacle, que nous croyons réalisé par l'antagonisme des groupes musculaires de la corne nexiste pas déjà au début de la grossesse.

C'est, d'ailleurs, aussi ce que pensent Audebert et Dambrin quand ils disent : « L'aspect bilobé tient certainement à l'implantation excentrique de l'œuf; mais

nous estimons qu'il faut faire intervenir aussi une contraction spasmodique du muscle utérin qui , agissant comme une bride, produirait une sorte d'étranglement au-dessous du corps étranger, tout à fait comparable à celui que l'on observe dans l'enchatonnement du placenta. »

Voilà donc quelles sont les différentes explications invoquées pour le mécanisme de l'avortement angulaire.

Il est difficile de dire quelle est la bonne. Sans doute, dans chacune d'elles, il entre une part de vérité et nous devons penser que ces causes agissent isolées ou combinées l'une à l'autre suivant le stade de l'ampliation angulaire. A notre avis, en dehors de l'insertion angulaire qui est la cause primordiale de l'avortement, il faut accorder la plus grande part de responsabilité à l'endométrite, qui, elle, agira d'abord par sa mauvaise vascularisation et, ensuite, offrira pour l'œuf, un terrain de moindre résistance où celui ci, insuffisamment accroché, subira un décollement plus ou moins total, au cours des contractions expulsives.

Cliniquement ,l'avortement angulaire présente une physionomie différente suivant l'âge de la grossesse. Il répond aux mêmes lois que les autres avortements, c'est-à-dire qu'il se fait en un ou deux temps, suivant l'absence ou la présence du placenta.

Il s'accompagne d'un syndrome hémorragique et douloureux qui semble plus accusé que dans les autres caté-

gories d'avortements, et il y a souvent des rétentions de débris placentaires ou de membranes qui nécessitent un curage digital ou même un curettage. Il faudra alors opérer très doucement pour éviter une rupture utérine au niveau de la corne.

Ils semblent se produire en plus grand nombre, soit dans les premières semaines, soit vers le troisième ou quatrième mois, époque à laquelle la corne tend à se fondre avec le reste de l'utérus.

On est dans l'impossibilité de dresser le pourcentage des avortements au cours de la grossesse angulaire. En effet, un grand nombre d'avortements du début de la grossesse passent même inaperçus des femmes qui les interprètent souvent comme un simple retard de règles. Il est fort probable qu'une bonne partie de ces fausses couches doit être due à l'insertion angulaire.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'avortement dans la grossesse angulaire représente (d'après les constations du tableau récapitulatif des grossesses angulaires compliquées) à peu près le quart de ces complications (12 cas sur 44 grossesses angulaires compliquées).

b) *Les Hémorragies* constituent une complication qu'on retrouve très fréquemment au cours de l'évoluion des grossesses angulaires compliquées. Nous relevons, en effet, 25 cas d'hémorragie, sur 44 observations. (Voir tableau récapitulatif).

Elles sont dues à un décollement partiel de l'œuf et relèvent des mêmes mécanismes qui provoquent l'avortement.

Ordinairement, elles sont peu abondantes, de peu de durée, pouvant se répéter à quelques jours d'intervalle. Ainsi (Obs. XXX) « elle a eu, à deux reprises, deux petites pertes de sang, la première le 10 novembre, la seconde le 5 décembre. Ces pertes ont duré une dizaine de minutes, elles n'étaient pas douloureuses »

(Obs. XLI) : « Le 8 décembre, quelques petites pertes rouges... Le 12 décembre, nouvelles pertes avec caillots. » Dans les observations XVII, XIX, XXII, nous trouvons de légères hémorragies. D'autres fois elles sont peu abondantes, mais continues depuis le début de la grossesses. (Obs. XXXV, XXXVIII et XLV). Elles peuvent être brunes, (Obs. XXXVIII - XL) ou chocolat, (Obs. XXXIX), quelquefois roussâtres.

Elles présentent, dans certains cas, des débris de caduque (Obs. XXVIII, XLIX). La région de l'utérus non occupée par l'œuf expulse sa caduque, tout comme dans la grossesse extra-utérine. Il est vrai que, dans ces deux cas, il y a eu avortement par la suite.

« Elles contrastent parfois par leur peu d'intensité avec l'état général de la malade, quelquefois syncopales, souvent inquiétantes. Le tableau peut alors donner l'aspect d'une grande hémorragie; ne voyant presque pa

de sang à l'extérieur, on songe à une hémorragie interne, et cela d'autant plus facilement qu'on songeait à une grossesse extra-utérine. » (Motte).

C'est qu'alors la faible hémorragie externe s'accompagne de ces douleurs syncopales qui causent cet état alarmant et qui relèvent de phénomènes de péritonisme déclanchés par la masse angulaire, irritant le péritoine.

C'est ainsi que, dans l'observation de Wasilief (obs. VIII), nous voyons que « ...au commencement de novembre 1895, pertes peu abondantes, renouvelées tous les huit jours, jusqu'au 6 décembre. A partir de ce jour, phénomène d'hémorragie interne, lipothymies fréquentes, faiblesse croissante, accélération du pouls, abaissement de la température. Diagnostic : grossesse extra-utérine avec hémorragie dans l'intérieur du kyste. »

Dans deux cas, nous avons relevé des hémorragies très abondantes, répétées, avec perte de connaissance : (Obs. XXV) « Bientôt survinrent d'abondantes hémorragies qui durèrent quinze jours malgré tous les traitements mis en œuvre. » (Obs. XXXIV) : « Après un retard de règles d'une semaine, la malade a fait une hémorragie abondante de sang rouge; pertes du 6 au 23 juin, avec métrorragies très abondantes le 21 ,et pertes roussâtres le 22 et le 23. »

Ainsi, nous voyons que les hémorragies du début de la grossesse angulaire peuvent affecter toutes sortes de

types différents. On trouve à peu près tous les intermédiaires depuis les petites pertes sanguines tâchant à peine les garnitures jusqu'aux hémorragies très graves et cédant quelquefois difficilement au traitement.

Nous avons vu qu'elles sont souvent le signe précurseur de l'avortement et nous devrons, après avoir reconnu qu'elles font partie du tableau clinique de la grossesse angulaire compliquée, recommander à la malade le repos le plus complet au lit, et faire le traitement préventif de l'avortement.

C. — LES DOULEURS

Elles constituent le signe le plus fréquent des grossesses angulaires compliquées. On les retrouve ,en effet, dans presque toutes les observations.

Brindeau, dans le *Traité de l'Art des Accouchements*, a dit: « Il existe généralement des douleurs abdominales qui sont dues à la contraction utérine, pour établir l'équilibre. » Leurs caractères sont très variables et ce polymorphisme est, sans doute, dû aux différentes pathogénies qui expliquent ces douleurs Puech, déjà, en avait noté les différents aspects. « Elle se fait sentir dans la région du bas-ventre correspondant à la corne hypertrophiée, mais elle peut aussi occuper tout l'abdomen, et, comme je l'ai vu chez une de mes malades, irradier dans les membres inférieurs. D'ordinaire peu intenses, les douleurs se produisent sous forme de crises plus ou moins violentes. »

Ces douleurs sont comparées par les malades tantôt à celles des règles, tantôt à celles de l'accouchement. Elles peuvent s'accompagner de nausées, vomissements, de pouls rapide et petit et réaliser un tableau péritonéal. (Obs. XXVII - XLIV - XLVIII).

Dans un cas de Brindeau, la malade est atteinte de douleurs extrêmement vives, accompagnées de vomissements verdâtres, au point que l'on porta le diagnostic de rupture de trompe gravide.

Quelquefois, elles sont si violentes qu'elles donnent lieu à des lipothymies et parfois à des syncopes.

A ce tableau symptomatique déjà très riche de la douleur, est venu s'ajouter, récemment, une nouvelle modalité spéciale par sa localisation élevée. MM. Schebat et Ezes, d'Alger, mettaient en évidence l'existence d'une douleur élevée, dans deux cas de grossesse angulaire, observés dans le service de M. le Professeur Laffont (Obs. XLV et XLVI). Dans l'une, la malade, en plus de douleurs abdominales et de pertes sanglantes, accuse spontanément une douleur au niveau de l'épaule gauche; dans l'autre, la malade se plaint de vomissements, de douleurs abdominales et de douleurs élevées au niveau de l'omoplate droite. Schebat a relevé, plus récemment, une troisième observation avec douleurs dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant vers la face interne de la cuisse gauche et du côté de l'omoplate gauche. On re-

marquera que ces douleurs élevées sont directes, car la malade les ressent du même côté que la corne gravide.

MM. Schebat et Ezes rattachaient ces douleurs élevées au cours de la grossesse angulaire au chapitre plus vaste de la douleur élevée rencontrée dans le courant des affections gynécologiques, décrite depuis 1919, par notre Maître, M. le Professeur Laffont.

Voici, d'ailleurs, ce que MM. Schebat et Ezes disent dans leur communication à la Société d'Obstétrique d'Alger (15-5-31) :

Ces deux observations sont un appoint de plus à la théorie invoquée par notre Maître M. le Professeur Laffont, qui fait de ces douleurs l'expression d'un réflexe viscéro-sensitif, contrairement à l'opinion de Œchekecker et Dewes, pour lesquels la douleur élevée traduirait une névralgie phrénique. Dans les cas rapportés, aucune irritation diaphragmatique ne peut être invoquée ; seule la distension de la corne utérine, agissant comme le stimulus adéquat, semble devoir être invoquée comme point de départ du réflexe douloureux. Quand cette distension a cessé de se manifester, c'est-à-dire lors du développement régulier de l'utérus, la douleur a disparu.

Mothe a écrit dans sa thèse, un chapitre complet sur la pathogénie des différentes douleurs constatées alors au cours de la grossesse angulaire, qu'il est intéressant de résumer.

La corne, partie intégrante de l'utérus, organe creux, doit obéir aux lois de la physio-pathologie de ces organes creux. On sait qu'ils souffrent de deux façons : ou en se contractant violemment ou en se distendant assez rapidement.

Or, la corne se contracte pour énucléer son hôte importun et la violence de cette contraction est en fonction de la résistance opposée, ce qui explique que l'intégration de la corne au reste de l'utérus peut se faire, suivant les cas, à bas bruit ou sur un mode très douloureux.

Ces douleurs, relevant d'une contraction, sont alors comparables à celles des règles, de la dysménorrhée membraneuse (où l'utérus se contracte pour expulser ses membranes), de l'avortement, de l'accouchement. Elles sont de véritables coliques utérines rythmées et paroxystiques plus ou moins supportables, cédant facilement aux opiacés, et n'entraînant pas de syncope.

Non seulement, la corne se contracte mais elle subit assez rapidement une distension à laquelle elle n'est pas préparée, contrairement à l'utérus qui, lui, au cours de la grossesse normale, subit une expansion fœtale s'exerçant régulièrement et lentement sur l'ensemble de ses faces, et, partant, ne déterminant aucune douleur, sauf au moment de l'accouchement.

Mothe nous donne une démonstration mathématique de la distension rapide de la corne gravide :

Supposons que la portion attenant à la corne gravide et qui se développe représente très approximativement le dixième de la surface totale de l'utérus: il faut donc ,le développement de l'œuf restant constant que cette corne se développe dix fois plus, que si tout l'utérus prenait part à la distension.

Et c'est, en effet, la rapidité de la distension qui engendre la douleur. C'est ce qu'on voit chez les prostatiques et les rétrécis. Ceux-ci ne sont pas du tout incommodés par une distension vésicale qui s'est installée progressivement, alors qu'en cas de rétention aiguë, la souffrance devient intolérable.

A côté de cette catégorie de douleurs plus ou moins vives et rythmées, nous retrouvons ces douleurs déjà mentionnées plus haut: douleurs très violentes survenant brusquement, surprenant parfois brutalement la malade dans une de ses occupations quotidiennes, alors que rien ne les faisait prévoir, et tout à fait comparables à celles déterminées par la rupture d'une grossesse tubaire. Ces douleurs ont été relevées dans plusieurs observations (XLIV - XXVII - XLVIII - XLIX). Entre autres, nous citons le cas de DESNOYERS (nausées, vomissements et douleurs lombaires très pénibles : le 28 décembre, la malade très fatiguée ,est prise d'une douleur abdominale intense déterminant une syncope). Dans l'observation de SCHEBAT et EDOUARD LAFFONT, nous relevons : « Le 5 juin, Mme L..., 20 ans nullipare, est prise, alors qu'elle fait sa toilette matinale, d'une douleur en coup de poignard dans le bas-ventre; elle s'allonge aussitôt et, en même temps ,est prise de fortes nausées et d'un état syncopal alarmant. Lipothymie marquée, facies pâle et anxieux. » Ces douleurs, très vives, sont quelquefois calmées par la glace, mais peuvent réapparaître dès que celle-ci est enlevée. « La glace sur le ventre calme, de

façon notable, les symptômes qui réapparaissent chaque fois en quelques secondes, lorsque l'on regarnit la poche de glace. » (Ed. Laffont).

Cette catégorie de douleurs étant donné leur extrême violence et le cortège péritonéal qui les accompagne (nausées, vomissements, pouls rapide et petit ballonnement du ventre), paraît être en relation avec une irritation du péritoine pelvien par le développement anormal de la masse angulaire. « En effet, le péritoine, lui aussi, supporte bien l'expansion ,à la condition qu'elle soit lente, mais si elle est rapide, il réagira par des phénomènes de péritonisme ; c'est ce même mécanisme qui donne lieu aux douleurs des grossesses extra-utérines et, en effet, cette brusque distension équivaut à un traumatisme. »

Il y a, enfin, les douleurs diffuses à tout l'abdomen et irradiées dans les membres inférieurs ou dans les lombes, comme celles rencontrées dans les observations XX et XXII de Puech.

Ces douleurs sont probablement dues à la compression des plexus nerveux.

En effet de même que l'on trouve dans presque toutes les affections gynécologiques, des douleurs à distance, de même, dans la grossesse angulaire qui constitue une sorte de masse de néo-formation assimilable aux tumeurs

latéro-utérines ou utérines, on ne doit pas s'étonner de les retrouver dans quelques cas.

La production de ces douleurs résultera de l'orientation du développement de la corne gravide. Si celle-ci arrive à comprimer les troncs nerveux, les irradiations se produiront.

Comme conclusion, à ce chapitre, nous dirons que les différentes douleurs constatées au cours de la grossesse angulaire ne le sont d'abord que pendant les premiers mois, c'est-à-dire pendant l'ère de la fluxion utérine.

Elles disparaissent, par la suite, quand l'utérus a repris sa forme normale.

On peut les classer du point de vue clinique et pathogénique en deux groupes principaux :

a) *les douleurs purement abdominales :*

Les unes, d'intensité plus ou moins forte, véritables coliques utérines, dues à des contractions anormales tendant à rétablir la statique normale de l'utérus.

Les autres, plus sourdes, diffuses à tout abdomen et non rythmées, produites par la distension de la corne gravide.

Enfin, des douleurs très violentes, plus ou moins syncopales, non rythmées, d'une durée assez longue et cé-

dant difficilement au traitement, s'accompagnant de phénomènes de péritonisme et dues toujours à l'expansion relativement rapide de la masse angulaire qui irrite le péritoine.

b) *les douleurs à distance:*

Douleurs élevées, douleurs réflexes, dont l'expansion de la corne serait le stimulus adéquat.

Douleurs irradiées dans les membres inférieurs, dans les lombes, dans le bas-ventre et dues à la compression des plexus nerveux.

III. — DE QUELQUES FORMES RARES DE LA GROSSESSE ANGULAIRE

A la fin de ce chapitre de la symptomatologie, nous allons dire quelques mots de certaines modalités cliniques que peut affecter très exceptionnellement la grossesse angulaire.

Ce sont les cas de coexistence de la grossesse angulaire avec, soit une déviation utérine, soit une tumeur utéro-ovarienne. Ces cas ont été signalés par Dieulafé; Mothe, dans la thèse inspirée par cet auteur, est le premier à leur avoir consacré quelques pages.

Ces faits cliniques ne doivent pas nous étonner ,car rien ne s'oppose, en effet, à ce qu'une grossesse angulaire évolue dans un utérus dévié de sa position normale, ou dans le voisinage d'une tumeur utéro-ovarien-

ne. Bien au contraire, celle-ci peut jouer un rôle étiologique dans la grossesse angulaire.

Dans la catégorie des déviations utérines, ce sont les latéro-versions et latéro-flexions qui attireront notre attention. En effet, si l'on songe que l'utérus gravide, latéro fléchi, peut faire penser à une grossesse tubaire, à plus forte raison la grossesse angulaire évoluant dans un tel utérus dévié, peut nous induire en erreur.

Deux cas peuvent se produire : ou l'œuf s'est greffé dans la corne d'un utérus déjà latéro dévié ou bien, ce n'est que secondairement à l'évolution de la grossesse angulaire que l'utérus prend cette nouvelle position.

Quelle que soit la cause du processus de déplacement, qu'il soit primitif ou secondaire à la grossesse angulaire, on constate à l'examen que l'utérus est dévié et qu'un cul de sac latéral est occupé par un tumeur ; de plus, comme on a relevé tous les signes subjectifs et sympathiques de la grossesse, on pense toute de suite à la forme la plus fâcheuse de la grossesse, la grossesse tubaire et quelquefois on opère.

L'étude de la symptomatologie de ces cas et la difficulté du diagnostic nous seront fournies par la lecture d'une observation très intéressante de Dieulafé (Obs. XXVII).

On pense d'abord à une annexite bacillaire, puis à une grossesse extra-utérine, diagnostic appuyé sur un

double cathétérisme intra-utérin. Laparatomie qui met en évidence un utérus gravide latéro-versé qu'on remet en place. Dans les heures qui suivent, début du travail; forceps et extraction d'un prématuré de sept mois, mort-né.

Mothe se demande si la latéro-flexion n'est pas la règle dans la grossesse angulaire : « Un angle se développe par suite, le centre de gravité est déplacé, et il y a entraînement de l'utérus en entier, suivant deux axes : l'un vertical, il y a torsion; l'autre horizontal, il y a flexion. » Nous ne le pensons pas ; tout au plus pouvons-nous dire que : 1° cette masse peut, lorsque l'œuf a déjà un certain volume, troubler la statique utérine et, par suite, latéro-verser l'utérus et 2° dans certains cas de cornes très allongées (cas où celles-ci forment plus une dépendance de l'utérus qu'une partie qui lui est propre) le poids de la masse fœtale peut la fléchir autour de la zone de ramollissement comme charnière.

On s'explique aussi bien la coexistence d'une grossesse angulaire avec une tumeur utéro-ovarienne. Celle-ci quand elle a acquis un certain développement, peut déplacer l'utérus gravide et, par là, compliquer encore le problème.

De plus, elle peut aussi être la cause de l'arrêt de l'œuf dans une corne. Supposons, dit Mothe, « un utérus fibromateux farci de noyaux néoplasiques, oblitérant en partie la lumière de la cavité utérine, l'œuf peut

fort bien être arrêté dans un angle et s'y développer. De même, un kyste inclus de l'ovaire, un hydrosalpinx unilatéral peut fort bien soulever l'utérus, tel un homme qui cherche à soulever un poids avec son épaule, et faire que l'angle utérin de leur côté soit soulevé; tandis que l'angle opposé s'abaisse d'autant et forme, pour ainsi dire, le bas-fond, cette région étant le point le plus déclive de tout l'utérus, l'œuf, s'il n'obéit qu'aux forces physiques de la pesanteur, se greffera en ce point. Ce sont là des vues de l'esprit, mais elles n'ont rien d'impossible. »

Dieulafé a publié une observation intéressante de coexistence de grossesse angulaire avec une tumeur ovarienne (Obs. XXVIII). Cette observation nous montre que le diagnostic de la grossesse angulaire est très difficile quand elle coexiste avec une tumeur. C'est la tumeur qui attire toute l'attention et les phénomènes douloureux résultant de l'évolution angulaire de la grossesse peuvent faire prendre cette tumeur pour une grossesse ectopique. Dans ces cas là, la grossesse angulaire est difficilement décelable, car sa masse se confond plus ou moins avec la tumeur utéro-ovarienne.

D'une façon générale, on peut concevoir que le médecin se trouve en présence de deux cas différents :

Ou bien il a la notion de l'existence d'une tumeur utéro-ovarienne chez une femme et, si des phénomènes de

grossesse interviennent, s'il constate l'évolution irrégulière de l'utérus, il pensera à une grossesse angulaire.

Ou bien il ignore la présence de la tumeur et c'est le cas de cette observation.

Nous ne ferons que mentionner le développement possible de la grossesse angulaire dans les utérus malformés (bicornes, didelphes). De telles grossesses sortent du cadre de notre travail et nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur aux thèses de Delpiana, Warin et autres ouvrages qu'on trouvera mentionnés dans la bibliographie.

Nous voici arrivé au terme de ce long chapitre de la symptomatologie de la grossesse angulaire. Nous avons vu tour à tour le tableau clinique de la grossesse angulaire évoluant normalement ou avec ses complications habituelles : douleurs, hémorragies, avortements ou coexistant avec des tumeurs utéro-ovariennes ou avec des déviations utérines.

Maintenant, que nous voilà en possession des différents aspects cliniques de cette question, il va nous falloir utiliser adroitement ces connaissances et aborder de pied ferme le diagnostic de la grossesse angulaire.

Diagnostic

Nous abordons maintenant la partie la plus délicate de cette question. Le diagnostic de la grossesse angulaire est, disons-le tout de suite, très difficile et tient à des nuances symptomatiques qui sont plus théoriques que pratiques. Nous verrons, en effet, que certains signes, tels « le sillon de séparation avec l'utérus » — « le rapport du ligament rond avec la masse angulaire » sont des notions tirées plus de l'examen objectif de pièces anatomiques que révélées par l'examen clinique de la gestante.

La grossesse angulaire, nous l'avons vu au chapitre de la symptomatologie, prend la forme d'une tumeur parautérine, qui, elle, peut simuler soit des affections gynécologiques (collections tubaires soit des grossesses extra-utérines, tubaires.

Or, si les collections tubaires peuvent la plupart du temps être différenciées de la grossesse angulaire, bien que certains cas présentent une réelle difficulté, les grossesses tubaires et surtout la variété interstitielle ou tubo-utérine, sont très difficilement séparées de la grossesse angulaire et inversement. De plus on sait que ces

grossesses tubaires, comportant de très graves accidents, doivent être, dès que diagnostiquées, enlevées.

Nous voyons là, le grand danger couru par la grossesse angulaire, si, malgré toute la minutie prodiguée au cours d'examens répétés, malgré la fine analyse dans l'interprétation des signes, on penche plutôt vers une grossesse tubaire. C'est la laparotomie inutile et parfois néfaste pour la grossesse.

Nous allons essayer de construire une marche à suivre, qui, tenant compte des différents aspects cliniques et de la hiérarchie des signes, nous approchera le plus près possible du diagnostic de grossesse angulaire.

L'intérêt du diagnostic est primordial pour la femme, car, s'il est posé, si on pense à la probabilité d'une grossesse angulaire, on évitera d'ouvrir inutilement des ventres, de faire des laparotomies qui, en dehors des risques inhérents à toute intervention abdominale, ne peuvent qu'entraver la marche de ces grossesses spéciales, qui ne demandent, assez souvent, qu'à évoluer normalement vers l'accouchement.

Nous ferons passer le diagnostic par trois étapes différentes :

1) D'abord : le diagnostic positif : il y a grossesse.

2) Puis, le diagnostic différentiel avec les affections gynécologiques qui peuvent simuler la grossesse angulaire.

3) Enfin, diagnostic différentiel avec les différentes grossesses ectopiques et surtout avec la grossesse tubaire et la variété interstitielle.

I. — DIAGNOSTIC POSITIF

IL Y A GROSSESSE

Nous n'envisagerons, bien entendu, que les cas de grossesses âgées de 3 à 4 mois au plus. Car, passé ce délai, la grossesse évolue sous une forme normale et rien ne peut, dès lors, faire suspecter un début angulaire, sauf peut-être un placenta enchâtonné qui permet de porter le diagnostic rétrospectif de grossesse angulaire.

Nous aurons donc affaire aux signes de probabilité.

Trois groupes de femmes viennent se faire examiner.

1. — Dans le premier, nous rangerons les femmes qui présentent tous les signes subjectifs et une partie des signes objectifs de la grossesse.

A l'interrogatoire, on voit que ce sont des femmes habituellement bien réglées, qui présentent une aménorrhée de deux à trois mois en même temps que les signes sympathiques créent, chez elles, un certain malaise.

L'examen physique révélera plus ou moins complètement les signes décrits au chapitre de la symptomatologie de la grossesse angulaire évoluant normalement.

2. — Dans le deuxième groupe ce sont des gestantes

qui s'ignorent à cause de l'absence des phénomènes subjectifs ou qui en nient l'existence.

Le diagnostic positif est plus malaisé, car il ne devra s'appuyer que sur les signes physiques qu'on retrouvera plus ou moins difficilement.

C'est surtout dans ce cas qu'il faudra faire un diagnostic différentiel très serré avec les affections gynécologiques pouvant simuler la grossesse angulaire.

3. — Enfin dans le troisième groupe, nous voyons des femmes conscientes ou non de leur grossesse qui se plaignent de douleurs d'hémorragies, ou même qui présentent des accidents encore plus graves, tel un avortement ou plus exceptionnellement une rupture utérine avec son cortège cataclysmique.

A l'examen on retrouve les signes physiques de la grossesse angulaire. Le diagnostic différentiel en sera très délicat et quelquefois impossible.

II, — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ENTRE LA GROSSESSE ANGULAIRE ET LES DIFFERENTES AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES

« Parmi les erreurs auxquelles pourrait donner lieu le développement unilatéral de l'utérus » dit Puech (Montpellier Médical, janvier 1904).

« Nous trouvons :

Les fibromes utérins,

Les tumeurs de l'ovaire,

Les lésions des annexes,

Les grossesses extra-utérines. »

D'autre part, Mothe nous montre que la grossesse angulaire peut très bien coexister avec une déviation utérine ou une tumeur utéro-ovarienne. Ce sont là en vérité des raretés.

Nous aurons plutôt en vue dans le diagnostic différentiel les collections développées dans la trompe et ceci pour deux raisons :

1° Elles constituent le groupe le plus important.

2° De par leur développement, au côté même de l'utérus, c'est à elles qu'il est logique de penser en premier lieu, car c'est avec elles, surtout, que la confusion est facile.

Quelles sont ces collections tubaires que nous devons éliminer pour arriver au diagnostic de grossesse angulaire?

Ce sont surtout la grossesse tubaire, dont nous nous occuperons dans le prochain chapitre ,et le pyo-salpinx.

Il est vrai que si nous ne voulons rien omettre, il faut

citer aussi deux autres collections tubaires, l'hématosalpinx et l'hydrosalpinx; or, l'hématosalpinx relève de la grossesse tubaire et l'hydrosalpinx est l'aboutissant soit du pyosalpinx, soit de l'hématosalpinx.

A. — Pratiquement, ce sont les salpingites kystiques qui nous intéressent ici.

Celles-ci se divisent elles-mêmes en :
salpingites pyogènes banales enkystées,
et annexites spécifiques bacillaires avec péritonite circonscrite de même nature.

a) Le pyosalpinx banal sera facilement reconnu. Les commémoratifs recueillis au cours de l'interogatoire, son évolution par poussées fébriles et douloureuses, son retentissement sur le péritoine pelvien et l'état général, les caractères physiques de la masse para-utérine (masse tendant à bomber dans le cul de sac postérieur, douloureuse non seulement au toucher, mais spontanément et assez facilement dissociable de l'utérus) en font une affection bien individualisée qu'on identifiera aisément.

b) Il n'en est pas se même, lorsqu'il s'agit d'éliminer l'annexite bacillaire avec atteinte du péritoine pelvien.

Voici ce qu'en pense Mothe :

Ici plus de début brusque, plus de poussées fébriles aiguës, plus de métrites coexistantes. Au contraire, il semble qu'en certains cas tout se ligue pour venir compliquer le diagnostic, et l'état général et l'état local. En effet, l'état affaibli

de la malade tuberculeuse rappelle jusqu'à un certain point les phénomènes sympathiques du début de toute grossesse (lassitude générale, perte de l'appétit, parfois vomissements). En outre, cet état anémique est souvent cause d'aménorrhée. Et, du côté de l'utérus, que trouve-t-on ? Une masse empâtée localisée d'un seul côté ?

Et il fait le compte-rendu d'une observation de DIEULAFÉ où la tuberculose est discutée.

Tertipare; grossesses antérieures normales; depuis plusieurs mois, fatigue et douleurs abdominales. En avril, assez forte hémorragie; depuis les règles n'ont pas reparu. Elle est examinée en juillet. Le col utérin est dur, volumineux, déchiré. Le corps de forme normale est légèrement hypertrophié. A gauche, dans la région annexielle, le toucher fait sentir des masses dures et irrégulières. Par le palper et le toucher combinés, le doigt vaginal éprouve, dans cet empâtement, une sensation nette de fluctuation. D'ailleurs, la main abdominale le ressent au niveau de la fosse iliaque gauche où existe un empâtement du volume de deux poings.

On pense, grâce à l'aménorrhée et à cette masse kystique, à une grossesse extra-utérine. Mais, en raison de la quasi-adhérence de ce kyste à la partie gauche de l'utérus, DIEULAFE, ayant eu déjà l'ocasion d'examiner précédemment un cas à peu près analogue, porte le diagnostic de grossesse angulaire, mais non sans avoir longuement discuté la possibilité d'annexite tuberculeuse avec péritonite localisée, d'autant plus qu'il y avait eu un amaigrissement tel qu'il était suspect.

Six mois après, l'examen confirme le diagnostic de grossesse angulaire, car l'utérus offre tout à fait l'aspect d'un utérus gravide normal. La grossesse est en cours d'évolution normale.

B. — *L'erreur serait plus facile à commettre avec un fibrome.*

Deux cas peuvent se présenter :

1° Confondre une grossesse angulaire avec un fibrome.

2° Prendre un fibrome pour une grossesse angulaire.

Dans le cas où il y a coexistence des deux (grossesse et fibrome).

Et dans le cas où il n'y a qu'un fibrome de la corne.

On ne doit pas s'étonner que la grossesse angulaire et certains fibromes de l'utérus, notamment ceux développés au niveau d'une corne, aient été confondus.

En effet, les fibromes peuvent déterminer, du point de vue fonctionnel, des signes qui sont communs avec certaines grossesses angulaires compliquées d'hémorragies ou de douleurs.

Le fibrome, affection à début insidieux et évoluant silencieusement, n'attire l'attention de la maladie que lorsqu'il détermine par sa présence envahissante des troubles de compression (douleurs plus ou moins irradiées, gêne), de la dysménorrhée et des métrorragies.

Or, n'est-ce pas la douleur, l'hémorragie qui, la plupart du temps, guident vers le médecin, les femmes atteintes de grossesse angulaire?

D'autre part, l'examen physique donne des résultats qui, souvent, ne permettent pas de conclure positive-

ment à une grossesse angulaire plutôt qu'à un fibrome de la corne.

En effet, dans les deux cas, on trouve deux masses accolées : l'une dure, l'autre molle. Et il s'agit de savoir si la masse molle est un angle gravide et la masse dure le reste de l'utérus ; ou si cette partie molle constitue le corps utérin non gravide et si la masse dure représente un fibrome.

L'erreur a été commise par Bar lui-même. Voici d'ailleurs une observation où il a pris une grossesse angulaire pour un fibrome : « L'examen, pratiqué à plusieurs reprises chez une femme, pendant les deux premiers mois de sa grossesse, avait montré un utérus irrégulier. A droite était une partie dure, à gauche une partie molle allongée. Celle-ci fut considérée comme constituant le corps utérin, tandis que la corne vide et dure fut prise pour un fibrome. »

Le diagnostic fut réformé quand la femme fut arrivée au quatrième mois de sa grossesse. Au moment de l'accouchement, on put s'assurer qu'il n'y avait pas de fibrome. (Bar, Soc. dObst., Paris, 1900.)

C'est là une très belle preuve de la difficulté, insurmontable parfois, à distinguer ces deux affections. Dans ce cas-là, la partie dure a été prise pour un fibrome et la partie molle pour le corps utérin.

Bonnaire, d'ailleurs, nous a mis en garde contre cette erreur. (*L'Obstétrique*, septembre 1903, page 391.)

« C'est surtout le cas où le développement du sac utérin se localise au niveau d'une des deux cornes (disposition qui défigure l'utérus comme une fluxion dentaire déforme le visage) que le discernement est des plus délicats. Cette ampliation anormale de l'utérus, localisée en un point faible de la musculature, peut simuler la coexistence d'un fibrome à un point tel que le discernement est loin d'être aisé à un premier examen. En effet, la majeure partie de l'utérus qui échappe à l'ampliation, se trouve en quelque sorte déjetée de côté par rapport à l'œuf et sa consistance demeurée ferme contraste avec la mollesse spéciale de l'enveloppe ovulaire.

En ces derniers cas, l'hésitation du diagnostic ne comporte heureusement pas une solution immédiate, comme lorsque la suspicion d'une grossesse tubaire est en jeu. On peut et on doit attendre : avec le temps, les segments de l'utérus primitivement réfractaires à l'ampliation, cèdent peu à peu, si bien qu'à la longue, il n'est plus trace de la disposition anormale primitive. »

Voir aussi l'Observation n° XXXII de MM. Audebert et Dambrin (Grossesse angulaire prise pour un fibrome).

Voici la seconde erreur possible.

Prendre un fibrome pour une grossesse angulaire.

Nous publions deux observations : l'une relevée dans la thèse de Mothe, n° XXVI, l'autre de MM. L. Michon

et R. Labry, n° XXXVII, qui sont d'un enseignement riche et qui nous font toucher de très près la réelle difficulté du diagnostic.

Dans la première observation, le diagnostic passe par plusieurs étapes : un médecin envoie une femme à l'hôpital pour fibrome. Là, on pense à une grossesse extra-utérine : laparotomie, et c'est sur l'aspect de l'utérus qu'on conclut à une grossesse angulaire ; ce n'est qu'au cours de la délivrance artificielle qu'on se rend compte que la masse, prise *de visu* pour une grossesse angulaire, n'était autre chose qu'un fibrome de la corne.

Dans la seconde observation : au cours d'une laparotomie effectuée pour une grossesse tubaire, la vue et le palper de l'organe en imposent pour une grossesse angulaire. Dans le doute, on fait une ponction qui est négative. Incision et découverte d'un fibrome mou de la corne utérine. Ainsi, nous voyons, à la lumière de ces deux intéressantes observations, combien est difficile l'interprétation d'une masse angulaire, même extériorisée au cours d'une laparotomie : est-ce une masse gravide ? Est-ce une masse fibromateuse ? Y at-il coexistence des deux ?

Il est bon que les gynécologues soient mis en garde contre cette confusion possible au cours d'une intervention, car il serait vexant pour l'opérateur et pénible pour la femme qui devrait faire les frais d'une seconde intervention, de laisser échapper un fibrome angulaire qu'il a là, sous la main. D'autre part, le chirurgien se repro-

cherait de mettre un terme brutal à une grossesse de nidation ,pas très classique il est vrai, mais qui peut évoluer à terme normalement.

Pour terminer ce chapitre, nous ne saurions mieux faire que citer ces lignes de MOTHE :

Retenons qu'au début, une grossesse angulaire peut donner l'illusion d'un fibrome et la coexistence d'un fibrome avec une grossesse rend le diagnostic encore plus délicat.

Désireux de confirmer le diagnostic, il ne faudrait pas enfoncer un hystéromètre dans la matrice, l'idée de la grossesse devant toujours hanter l'esprit du médecin.

Comme dit BONNAIRE, rien ne presse dans la situation; un fibrome peut bien rester quelques mois de plus; il faut attendre et surveiller l'évolution et il ne s'écoulera pas longtemps avant que les symptômes ne viennent, pour ainsi dire, d'eux-mêmes indiquer le diagnostic.

C'est ce que dit en termes encore plus explicites (BAR, Obst. 1903, page 418). Le diagnostic différentiel entre un utérus gravide de deux ou trois mois et un utérus fibromateux présente des difficultés non douteuses. Les phénomènes généraux no'nt qu'une valeur relative, les signes locaux demandent une grande habitude des examens gynécologiques, pour être différenciés. Il y a lieu, cependant, de tenir compte de la consistance mollasse, pseudo-fluctuante de l'utérus gravide; il est également important de rechercher si le volume de l'utérus correspond bien à l'âge de la grossesse.

Si le doute persiste, il faut ajourner le diagnostic, attendre des signes plus certains, rejeter le cathétérisme utérin.

C. — *Il ne reste plus à éliminer que le kyste de l'ovaire.*

On limitera, bien entendu, la discussion aux cas de kystes qui n'ont pas encore franchi le petit bassin.

Les cas signalés sont excessivement rares.

Nous rapportons deux observations où la confusion a été faite avec un kyste de l'ovaire.

Dans l'une (obs. XLII) : le diagnostic fut heureusement corrigé par de nouveaux examens.

Dans l'autre (obs. XLIV) : on maintient le diagnostic de kyste de l'ovaire et on fait une laparotomie qui montre que la masse para-utérine n'est autre chose qu'une masse gravide angulaire ou interstitielle, très mobile, sur l'utérus et séparée de celui-ci par un profond étranglement circulaire.

Nous devons ajouter que dans ce dernier cas on trouve un petit kyste de l'ovaire, gros comme une mandarine, ce qui donnait au toucher bi-manuel, un aspect bilobé à la masse para-utérine.

Mothe écrit au sujet du diagnostic différentiel les lignes suivantes :

« ...Les cas signalés doivent être bien rares, car ces sortes de tumeurs, nettement indépendantes de l'utérus outre qu'elles le dévient, tombent, en général, dans le cul de sac postérieur. On voit qu'il faudrait un ensemble de circonstances particulier pour amener l'erreur ; par exemple : une latéro-version de l'utérus gravide. Or, c'est justement des cas de ce genre qui sont signalés (Annales de Gynécologie, février 1902 : Varnier cite une observation de genre).

S'il s'agissait d'un kyste para-ovarique ou d'un kyste quelconque inclus dans le ligament large, peut-être pourrait-on hésiter un instant. Cependant, ici encore, on note l'indépendance

de la tumeur et de l'utérus, la dureté de ce dernier et, enfin, sa déviation occasionnée par la tumeur qui le soulève comme pour lui faire opérer un mouvement de translation.

Sans doute la mollesse, la fluctuation d'un kyste de l'ovaire peuvent tenir en suspens l'hésitation du médecin plus qu'un fibrome qui garde (sauf ramollissement ou dégénérescence), une dureté particulière, mais cependant, des signes classiques permettent assez aisément la différenciation. »

Nous avons franchi les deux premières étapes de notre diagnostic. Après avoir basé sur un ensemble de signes plus ou moins complet le diagnostic positif de grossesse et éliminé toutes les affections gynécologiques qui auraient pu en usurper le titre et s'imposer à notre esprit, nous voilà devant la partie la plus délicate du problème.

Il y a grossesse. Quelle est sa nature?

Est-ce une grossesse angulaire, donc intra-utérine, à conserver tout en la surveillant ou bien n'est-ce pas plutôt une de ces grossesses illicites, monstrueuses, échappant aux lois de la gravidité normale et fixées en un point quelconque du corridor oophorique.

Dans les deux cas, la plupart du temps, nous voyons des femmes qui souffrent du bas-ventre et qui perdent du sang; les phénomènes subjectifs sont les mêmes; seules, les données de l'examen physique serviront à étayer notre diagnostic et le palper bi-manuel exigera ici une expérience et une finesse de doigter qui ne sont le partage que de rares praticiens.

L'interprétation tactile de la masse latéro-utérine, étant parfois insuffisante, il faudra recourir dans certains cas pressants, qui n'admettent pas la temporisations, à la laparotomie explorative qui, elle, nous donnera la clef du diagnostic.

De ces grossesses extra-utérines, nous ne voulons retenir que les variétés à nidation très proche de l'utérus, c'est-à-dire la grossesse tubaire (surtout isthmique) et la grossesse interstitielle, et nous laisserons de côté les grossesses ectopiques plus rares, telles les grossesses abdominales, ovariennes, etc.

Si nous voulons nous rappeler que la plupart des femmes vues pour grossesse angulaire ou grossesse tubaire le sont dans le courant du deuxième ou troisième mois, époque à laquelle l'œuf a déjà acquis un certain développement et où la masse tubaire est déjà accolée intimement à la partie latérale de l'utérus, nous voyons que, pratiquement, la plupart du temps, il ne peut y avoir, à proprement parler, de signes physiques pathognomoniques qui permettent à tout coup de différencier ces deux affections.

Il y a lieu de scinder la question : et schématiquement, nous pouvons envisager les deux variétés suivantes :

A. — *Les grossesses tubaires proprement dites :* c'est-à-dire les grossesses où la nidation se fait en un point quelconque de la trompe jusqu'à la pénétration de celle-ci dans la paroi utérine.

B. — *Les grossesses interstitielles développées* dans la partie de la trompe qui traverse la paroi utérine, et représentant les cas limites de la grossesse tubaire.

Nous allons voir que l'ordre de difficultés est plus grand dans le second que dans le premier cas.

A. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC LES GROSSESSES TUBAIRES PROPREMENT DITES

Dans ce premier cas, le kyste fœtal, en dehors des cas très rares où il est tout à fait indépendant de l'utérus, la plupart du temps semble faire corps avec lui, mais il en est séparé par un sillon.

Ce sillon de séparation est, semble-t-il, en lui-même un signe très simple, le premier qui s'impose à l'esprit et qui est plutôt tiré d'une vue théorique et anatomo-pathologique de la question. Mais, ce qui importe pour le médecin, c'est de révéler son existence par ce seul moyen mis à sa disposition : le palper bi-manuel, moyen si riche en renseignements fournis, mais qui, parfois, reste tout à fait insuffisant et ne permet pas de conclure.

Nous pensons que, du point de vue du diagnostic, on ne doit pas attribuer une trop grande valeur à ce signe du sillon de séparation. En effet, bien que dans la grossesse angulaire, la tumeur soit complètement adjacente à l'utérus dont elle semble faire partie intégrante, bien

qu'il n'y ait pas à proprement parler de sillon, le palper bi-manuel révèle souvent entre la corne gravide molle et le reste de l'utérus dur, une zone intermédiaire (traduisant pour les uns une sorte de pédiculisation de la corne, pour les autres le signe de Hegar élevé), encore plus molle que la corne gravide et qu'on peut interpréter comme une solution de continuité. Dans ce cas, le diagnostic sera forcément hésitant.

Voici quelques extraits d'observations dont la lecture nous donne une idée de la difficulté d'interprétation du signe du sillon.

Voici un passage intéressant de l'Observation XLIV :

Au toucher, les rapports de l'utérus et de la tumeur gauche sont intéressants, il existe entre les deux un profond sillon, perceptible aussi bien en haut qu'en bas. Lorsqu'on immobilise l'utérus, la tumeur peut être facilement mobilisée et réciproquement, ce qui démontre l'indépendance des deux masses.

On pense à la possibilité d'un kyste de l'ovaire; intervention :

La tumeur est séparée de l'utérus par un profond étranglement circulaire de sorte qu'à première vue, nous pensons à un hydro-salpinx; d'autant plus que cette tumeur est remarquablement mobile sur l'utérus, la zone d'étranglement faisant charnière. Mais un examen plus minutieux nous montre que l'insertion du ligament rond se fait sur la tumeur même et non en dehors d'elle, ce qui nous ramène au diagnostic de gestation interstitielle ou de gestation angulaire.

D'autre part, plusieurs examens tirés des premières observations et rapportés déjà par d'autres auteurs nous

montrent que la masse para-utérine est souvent prise pour une masse indépendante de l'utérus.

Ainsi Puech (Obs. III) :

Déjà, par le simple palper il est facile de s'assurer de l'existence d'une tumeur paraissant surtout développée à droite de la ligne médiane. Mieux encore, par le palper et le toucher combinés, on en reconnaît différents caractères; cette tumeur remonte assez haut, au-dessus de la branche horizontale du pubis, est assez volumineuse, arrondie régulière et paraît isolable de l'utérus dont on peut sentir le fond derrière la symphyse.

Mortagne (Observation N° XV) :

En combinant le toucher vaginal et le palper, on constatait:

1° Que le col n'était pas dévié.

2° Que les mouvements imprimés à la tumeur par la main placée sur l'abdomen ne se transmettaient au col, que d'une manière fort imparfaite.

3° Qu'on n'arrivait pas à isoler le fond de l'utérus.

En un mot, l'indépendance de la tumeur et de l'utérus paraissait s'affirmer de plus en plus. En outre, en déprimant la paroi sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du pubis, on sentait un corps arrondi, dur semblant séparé par un sillon de la tumeur latérale plus molle.

Bar a mis en relief un signe qui peut permettre de rattacher la masse para-utérine à son origine propre angulaire ou tubaire et qui aurait, d'après lui et plusieurs auteurs ,entre autres, Audebert et Dambrin, une réelle valeur. Il est basé sur la situation de la tumeur par rapport aux différents culs de sac vaginaux.

Bar délimite, dans le domaine des culs de sac, deux territoires différents où viennent s'extérioriser les déformations tubaires ou utérines : l'un appartenant aux collections tubaires, le Douglas, l'autre aux collections angulaires, les culs de sac latéraux.

Pour lui donc, une tumeur tombant dans le Douglas est une grossesse tubaire ; par contre, une tumeur un peu plus élevée et saillant dans un cul de sac latéral a bien des chances d'être une grossesse angulaire.

Dans la recherche de ce signe, on n'oubliera pas qu'il faut éliminer d'abord la rétro-déviation utérine de l'utérus gravide.

Bar dit aussi que la position du ligament rond par rapport à l'utérus doit aider le diagnostic. On sait que ce ligament est placé en dedans de la tumeur tubaire et en dehors de la masse angulaire. Mais ce signe est très délicat à rechercher et à objectiver :

Peut-on sentir nettement un ligament rond par le toucher combiné au palper ? Nous ne pouvons le croire ; un ligament rond pourrait être perçu, s'il était en tension ; mais, en réalité, il n'est pas tendu, il est mou, flasque, impossible à sentir : on peut d'ailleurs s'en rendre compte au cours d'une laparotomie. (Douay et Rochat)

Bonnaire a exposé un procédé d'exploration du corps utérin : (abaissement de l'utérus vers la vulve et dans l'axe du bassin à l'aide dune pince de Museux fixée sur le col) pour pratiquer, dans de meilleures conditions, le palper et le toucher combinés et réservé, dit-il,

aux cas difficiles et spécialement : soit à ceux où l'on soupçonne l'existence d'une grossesse compliquée et, par conséquent, dangereuse par elle-même, soit à ceux où l'on hésite entre le diagnostic de grossesse et celui de tumeur para-utérine qu'il convient de faire disparaître. Dans les cas auxquels nous faisons allusion et où il faut être fixé sans délai, la technique d'exploration en question suppléera la plupart du temps la laparotomie exploratrice. Est-il besoin d'établir un parallèle entre ces deux modes d'investigations ? A toute objection, nous répondrons que nous n'avons vu, par nous-même, résulter d'inconvénient de l'abaissement de l'utérus. La manœuvre faite doucement avec la pince bien maintenue dans l'axe n'est jamais douloureuse. Du reste, le col utérin est parfaitement insensible à l'état sain. Il peut être nécessaire, cependant, de recourir à la narcose chloroformique.

Nous n'avons pas vu cette technique mentionnée dans les nombreuses observations rapportées dans cette thèse. Mais nous avons tenu quand même à la signaler, car il est évident qu'elle ne peut que faciliter l'exploration de l'utérus.

Il y a un signe qui paraît avoir, pourtant, une réelle valeur. Il est basé sur une propriété physiologique de la fibre utérine : c'est la contraction de la corne gravide.

Cette contraction utérine, quand il s'agit de grossesse angulaire, s'étend jusqu'à la corne gravide, et pendant toute la durée de la contraction, les deux masses gravide et non gravide s'intègrent l'une à l'autre pour prendre une forme normale.

Or, seul le muscle utérin est susceptible, dans cette

région, de pouvoir se contracter; les tissus qui l'environnent n'ayant pas, ou très peu, ces propriétés. Donc il nous sera très facile de rapporter à l'utérus les masses para-utérines qui se contractent.

Il est vrai pourtant que certains auteurs ont prétendu qu'ils avaient constaté une contraction de la masse ectopique dans les cas de grossesses extra-utérines incluses dans le ligament large.

Ils faisaient certainement erreur, car, non seulement, il faut, pour que la contraction se produise, qu'il y ait le support indispensable de cette propriété physiologique, à savoir la fibre musculaire, mais aussi que cet élément musculaire soit en nombre suffisant. Or, la trompe n'offre qu'une couche musculaire tout à fait dérisoire. Dans les cas signalés par ces auteurs, il ne pouvait s'agir que d'un simple durcissement. Une tumeur tubaire ne peut pas se contracter.

Douay et Rochat (Obs. XXX) ont rapporté un cas où il y avait non seulement contraction de l'angle gravide, mais aussi différence de consistance entre la corne et l'utérus alternant d'un examen à l'autre: « un premier toucher permet de trouver un corps utérin de consistance ferme et une masse molle, pâteuse qui sera la corne gravide en état de relâchement musculaire. Un second toucher, pratiqué plus tard, donne une tableau renversé : la corne gravide, en état de contraction se durcit au point de devenir plus ferme que l'utérus lui-même. Jamais, on ne rencontre ces alternatives de contraction et de relâchement dans une trompe dis-

tendue par une grossesse. C'est le propre du muscle utérin de se contracter de cette façon. »

Ainsi, nous voyons non seulement que la corne peut se contracter au cours d'une contraction embrassant l'ensemble de l'organe, mais aussi qu'elle peut le faire isolément; (c'est sans doute ce qui se produit, quand la corne chasse son embryon).

Ce signe peut se produire spontanément au cours de l'exploration, mais bien rarement. Nous l'avons vu, mentionné deux fois, dans les Observations N^os^ XXX et XXXVI et, chaque fois, il a entraîné la certitude de la grossesse angulaire.

Il faut donc, si on n'est pas servi par le hasard, chercher à le provoquer. Bidoire et Schebat nous engagent, dans les cas suspects, à essayer de déclancher la contraction utérine par un léger massage, et surtout en appliquant la méthode de Reeb qui consiste à : « injecter pendant l'examen 1/3 de cmc. d'hypophyse dans une veine du bras; 20 à 40 secondes après une onde de contraction passe sur l'utérus qui reste dur et contracté pendant deux minutes environ; l'on conçoit l'intérêt de cette contraction provoquée pendant l'examen. Ce procédé est, du reste, d'après M. Reeb d'une absolue innocuité. » (Bidoire).

Quant aux douleurs et aux hémorragies, nous ne croyons pas qu'il faille prendre au sérieux de tels signes pour le diagnostic différentiel. Dans les deux affections, nous les retrouvons à peu près avec la même fréquence et les mêmes modalités.

Dans la grossesse angulaire, en effet, on peut constater les mêmes hémorragies distillantes de la grosesse extra-utérine et même, dans certains cas, des débris de caduque. (Obs. XLIX et XVIII).

Il faut être prudent dans l'interprétation de ce que nous racontent les femmes au sujet de ces hémorragies. Elles peuvent elles-mêmes se tromper et il leur arrive souvent de prendre de simples caillots pour des morceaux de chair, de membranes, ou inversement. Dans 44 observations de grossesses angulaires considérées au début de leur évolution, nous relevons 32 cas avec douleurs de toutes nuances et 25 cas avec hémorragies allant du simple suintement aux graves saignées.

Le plus souvent, lorsqu'on a voulu s'appuyer sur les hémorragies et douleurs pour y trouver une indication à une intervention, on a été trompé et on est tombé sur une grossesse angulaire. C'est ainsi que, dans huit observations, nous voyons que ce binôme : douleurs+hémorragies accompagnant une masse para-utérine, a entraîné huit laparotomies, dont deux furent suivies d'hystérectomie, trois d'avortement et trois d'accouchement à terme.

Dans un seul cas (Obs. N° XXI), seules, les douleurs entraînent une intervention qui, heureusement, fut sans suites graves. (Voir tableau récapitulatif.)

Par contre si, la plupart du temps, on ne peut, de par

le simple examen, définir le siège exact de la grossesse, on a, dans le facteur temps, une aide très précieuse et c'est ainsi que, tout en mettant la malade dans les meilleures conditions de repos et de sécurité, de préférence dans un milieu chirurgical (clinique ou maternité), on peut voir s'accuser plus nettement le tableau de la grossesse angulaire.

On sait, en effet, que dans le cas de grossesse angulaire, la tumeur latéro-utérine va disparaître de plus en plus pour se fondre aver l'utérus, tandis que dans la grossesse tubaire, la masse gravide continuera de grossir, mais sans s'intégrer à l'utérus.

C'est ainsi que dans les trois observations : II, III, XIX, l'expectation permet de corriger le diagnostic et de laisser évoluer à terme, sans encombre, ces grossesses angulaires.

Cependant, la position du chirurgien est délicate. Le temps qui passe peut aggraver la situation dans le cas de grossesse tubaire, car celle-ci a d'autant plus de chance de se rompre qu'elle avance en âge.

Schebat nous conseille de pratiquer l'anesthésie générale qui, en combattant, en supprimant la pusillanimité de la malade ou sa contracture abdominale permet de faire une exploration plus à l'aise et plus poussée. (Obs. N° XLIX).

« On nous montre les débris expulsés la veille qui res-

semblent à une caduque; on hésite entre le diagnostic de grossesse angulaire ou extra-utérine. Sur la table d'opération, après évacuation des réservoirs et anesthésie générale, le toucher vaginal permet de constater que cette masse para-utérine fait partie du corps de l'utérus. » (Schebat).

Pour terminer ce paragraphe, nous dirons qu'il y a des cas faciles et des cas difficiles de diagnostic différentiel de la grossesse angulaire avec la grossesse tubaire.

Dans les cas faciles, rien de particulier. L'ensemble des signes relevés est facilement reporté soit à une grossesse angulaire, soit à une grossesse tubaire.

Dans les cas difficiles où la disposition de la corne gravide réalise une masse qui paraît indépendante de l'utérus, nous voyons que, seule, a une réelle valeur la contraction de la corne gravide. Il faut donc ériger l'épreuve de Reeb en méthode de diagnostic et la pratiquer systématiquement dans les cas douteux. Elle nous donnera, sans doute, combinée avec une sage expectation attentive et un examen sous anesthésie chloroformique, de bons résultats.

B. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC LES GROSSESSES INTERSTITIELLES

Tous les auteurs qui ont étudié la grossesse angulaire ont insisté sur la difficulté du grave problème posé par

le diagnostic différentiel de la grossesse angulaire et de la grossesse interstitielle (Mauriceau, Bar, Brindeau, Kustner, Werth, Douay et Rochat, Michel et Duroch).

En effet, l'une et l'autre affection présentent les mêmes caractères physiques. Tout concourt à tromper l'accoucheur. On note un même ramollissement de l'angle.

Absence de sillon de séparation (et pourtant la grossesse interstitielle n'est pas une grossesse intra-utérine).

On ne pourra prendre en considération les hémorragies et douleurs, celles-ci existant également dans les deux grossesses, avec plus de constance, il est vrai, dans la grossesse interstitielle.

Il existe une particularité qui est presque dénuée de toute valeur séméiologique pratique et pourtant considérée par certains auteurs comme à peu près pathognomonique.

Elle consiste dans les différentes positions du ligament rond par rapport à la masse para-utérine.

Le ligament rond prend son insertion un peu au-dessous et en dedans du point d'implantation de la trompe. Il en résulte que : un développement angulaire rejettera en dehors ce ligament, tandis qu'une grossesse tubaire ou interstitielle le refoulera et le plaquera contre l'utérus en dedans.

Or, ce signe, comme les autres précédemment vus, n'échappe pas à la critique. Nous savons, en effet, qu'il est très difficile de palper le ligament rond à travers une paroi abdominale et cette difficulté est bien plus grande encore au cours de la grossesse où ce ligament, comme tout l'appareil génital, se ramollit.

Et, de plus, au cas même où une main experte aurait réussi à palper le ligament rond, comment déterminer exactement son point d'implantation?

La lecture des observations montrera d'ailleurs que, nulle part, ce signe n'est mentionné comme ayant servi à établir le diagnostic de la grossesse angulaire. Ce qui prouve que la plupart des auteurs s'accordent à le reléguer à sa juste place et à le considérer comme une curiosité séméiologique à laquelle il est inutile, sinon dangereux, de recourir, pour établir son diagnostic.

Une seule fois, nous avons trouvé ce signe rapporté dans une observation de Kreis (Obs. XLIII) et ce cas est vraiment probant du peu de valeur à lui accorder, car, interprété par un praticien très au courant de cette question, il fut la cause, au cours d'une laparotomie, sous les yeux et les mains de l'opérateur, d'une erreur de diagnostic entraînant l'excision d'une corne gravide :

Le ligament rond était latéral, au-dessous de la tumeur, sensiblement éloigné de la trompe. On conclut à une grossesse interstitielle et l'on fait l'excision sans intéresser le ligament rond. La cavité utérine est ouverte. Suture. La corne con-

tient un œuf complet avec un fœtus de 2 cm. de long. A l'examen histologique, il s'agit bel et bien d'une grossesse angulaire.

De plus, dit KREIS :

Dans la majeure partie des cas de grossesse interstitielle qui portent une mention sur l'insertion des annexes, on a retrouvé :

1° L'asymétrie des deux annexes.

2° L'insertion latérale de la trompe sur la corne gravide.

3° L'insertion latérale du ligament rond avec plus ou moins de glissement vers la périphérie inférieure du sac ovulaire.

4° L'insertion à base large de la corne gravide sur l'utérus.

Or, nous avons opéré, cette année, une grossesse interstitielle de deux mois, dans laquelle le ligament rond, la trompe et le ligament de l'ovaire ne se trouvaient nullement déplacés ni dans leur ensemble par rapport aux annexes opposées (pas d'asymétrie), ni dans leurs rapports topographiques réciproques.

Nous voyons donc que, dans certains cas limites de grossesse interstitielle, le problème est une véritable énigme sans solution.

Non seulement, l'examen physique de la malade reste infructueux, mais encore, malgré la laparotomie exploratrice, l'incertitude peut subsister. En effet, les points de repère habituels, (les points d'insertion de la trompe, du ligament rond, et du ligament de l'ovaire) peuvent être disposés d'une façon analogue dans la grosse interstitielle et dans la grossesse angulaire.

Le médecin est dans une situation très délicate. Que doit-il faire? Attendre trop, pour voir si la masse évolue franchement vers l'utérus, peut faire courir à la malade le très grave danger de la rupture qui est le terme habituel de ces grossesses monstrueuses.

Nous trouvons, dans un article de Douay et Rochat, une marche à suivre, prudente, à laquelle il semble que nous devrons nous conformer. Cette citation terminera ce chapitre.

Pratiquement, que faut-il faire, quand, chez la femme de un mois et demi à deux mois, on pense à une grossesse anormale développée soit dans la trompe, soit dans la paroi utérine, soit dans la corne, soit dans un fond latéro-dévié. Quelquefois, on peut encore penser à un utérus gravide avec noyau fibreux latéral, à un utérus gravide avec une annexite ancienne, collée à l'utérus. Lorsque, après un examen attentif, le doute persiste, si, après avoir recherché les différents signes sur lesquels nous avons attiré l'attention, on reste hésitant, que faut-il faire?

La conduite à tenir nous paraît différente, suivant que la malade peut être suivie de près ou qu'elle échappe à notre surveillance.

Dans ce dernier cas, il nous paraît préférable de faire une laparotomie exploratrice, qui, seule, par le contrôle de la vue permettra de fixer le diagnostic et de faire un traitement rationnel.

Si la malade peut être surveillée de près, c'est le cas d'une malade hospitalisée, il vaut mieux attendre; car l'évolution permettra souvent de préciser le diagnostic et d'éviter une opération inutile, qui est habituellement sans danger pour la mère, mais qui peut provoquer un avortement.

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli cinquante observations de grosses angulaires que nous présentons, classées par ordre chronologique.

Nous avons dressé un tableau récapitulatif de quarante-quatre cas de grossesses angulaires compliquées, où nous avons mis en évidence, avec leurs proportions, les différentes complications de cette affection.

OBSERVATION I

A. MERCIER (*Garrigues Médical News*, 12 décembre 1885.

in these VELLUET)

Premier accouchement le 9 mars 1884, forceps, métrite consécutive; devient enceinte pour la seconde fois en juin 1884. Accouchement prématuré le 1er janvier 1885 ; redevient enceinte en mars 1885. Dernières règles du 18 au 21 mars 1885. Vient consulter l'auteur le 21 mai, à cause de fortes douleurs dans la fosse illiaque droite. La partie correspondante à la corne utérine droite est douloureuse au toucher. Le 17 juin, la distance du fond de l'utérus au pubis est de 4 pouces à droite et de 3 pouces 5 à gauche.

Le 22, Mme B... est saisie de douleurs intenses et envoie chercher la sage-femme. Orifice du col fermé. Souffle utérin très accentué. La moitié gauche de l'utérus est plane. La moitié droite offre une forme sphérique. La sonde pénètre dans la cavité à 3 pouces 5 de profondeur. On peut la tourner facilement dans la moitié gauche de l'utérus. Elle éprouve facile-

ment de la résistance en ses mouvements à droite; son introduction ne donne lieu à aucun épanchement de sang ou de liquide amniotique. Le diagnostic de grossesse extra-utérine se trouve ainsi confirmé. Après plusieurs séances d'électricité faradique, l'utérus offre une forme globulaire ordinaire. Le 27 juillet, la femme sent pour la première fois les mouvements du fœtus. L'accouchement a lieu le 31 octobre. Le nouveau-né pèse 5 à 6 livres et succombe cinq heures après sa naissance. Le placenta est petit et d'apparence normale.

OBSERVATION II

Professeur TEDENAT (*Montpellier-Médical*, 1893)

Appelé à examiner une femme qui, depuis trois ou quatre mois n'avait plus ses règles, je constate par la palpation une tumeur siégeant dans le côté droit de l'abdomen et paraissant indépendante de l'utérus. En raison de ces signes, je diagnostique une grossesse extra-utérine. Quelque mois après, je vois cette même malade, et dans le côté droit, je trouve une tumeur allongée qui me paraît contenir un fœtus: pour mieux préciser son siège, j'ai introduit une sonde dans l'utérus; les manœuvres auquelles je me livre semblent m'indiquer que j'atteins le fond de l'organe avec cet instrument.

Ces constatations faites, il n'est plus douteux pour moi qu'il s'agit là d'une grossesse extra-utérine et une opération s'impose. Elle est, en effet, décidée pour une date assez rapprochée; mais deux ou trois jours après, je remarque que la tumeur tend à se confondre de plus en plus avec l'utérus. Je patiente un peu et, un matin, je découvre un utérus gravide tout à fait normal où le fœtus a pris une bonne position. J'ai appris que l'accouchement a eu lieu à terme et dans de bonnes conditions. J'ai cherché l'explication de ce fait, mais les hypothèses qui se sont présentées à mon esprit ne m'ont pas satisfait. Je me suis demandé si cette femme n'avait pas un

utérus à deux cornes et la grossesse ne s'était pas développée dans la corne droite, tandis que la gauche s'hypertrophiait. Cette supposition est peut-être vraie, mais je ne l'affirme pas Toutefois, l'hypothèse d'une grossesse interstitielle me paraît inadmissible étant donné que cette dernière comme la grossesse tubaire se rompt presque constamment.

OBSERVATION III

PUECH: Société de Méd. et Chir. de Montpellier, 1893.

Marie S..., originaire des Hautes-Pyrénées, âgée de 25 ans, domestique, entre dans les premiers jours du mois de janvier 1892, dans le service de gynécologie de M. le Professeur GRYNFELT pour une tumeur abdominale dont le début remonterait à peu de temps. Elle nie tout rapport sexuel; cependant, l'exploration vaginale nous permet vite de nous rendre compte de la non véracité de ses affirmations sur ce point.

Déjà, par le simple palper, il est facile de s'assurer de l'existence d'une tumeur surtout développée à droite de la ligne médiane. Mieux encore, par le toucher combiné au palper, on en reconnaît les différents caractères. Cette tumeur remonte assez haut, au-dessus de la branche horizontale du pubis, est assez volumineuse, arrondie, régulière et paraît isolable de l'utérus dont on peut sentir le fond derrière le pubis.

Aménorrhée absolue depuis près de quatre mois; pas de pertes blanches. Quelques vagues douleurs abdominales. D'abord négative, l'auscultation permit à quelque temps de là d'entendre les bruits du cœur fœtaux.

L'existence d'une grossesse (le diagnostic étant réservé jusque là) ne fit donc plus de doute. Mais en raison des constatations relatives au siège de la tumeur et à sa pseudo indépendance de l'utérus, on put se demander pendant quelque temps s'il ne s'agissait pas d'une grossesse extra-utérine.

La femme fut gardée dans le service. Peu à peu, les choses se régularisèrent; la tumeur devint de plus en plus franchement médiane et il fut bientôt évident que nous avions affaire à une grossesse normale.

L'accouchement eut lieu à terme, le 4 juin 1892, et sans le moindre incident. Sur l'invitation de M. GRYNFELT qui était présent, j'introduisis la main dans l'utérus, aussitôt que le fœtus fut expulsé, pour me rendre compte du lieu d'insertion du placenta et rechercher la cause qui avait pu déterminer ce développement irrégulier de l'utérus au début de la grossesse.

Après avoir franchi l'anneau de BANDL, ma main trouva le placenta logé dans une sorte d'arrière-boutique au niveau de l'angle droit de l'utérus.

OBSERVATION IV

In *Annales de la Société Obst. de France,* 1895

Communication faite par le Docteur MAYGRIER

Insertion et enchatonnement du placenta dans une corne utérine développée avec disposition singulière du delivre.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, qui a été amenée à la maternité de Lariboisière le 1er avril 1895, accouchée, mais non délivrée et dans un état assez grave.

Cette femme a eu, à l'âge de 25 ans, une première grossesse qui s'est terminée à deux mois environ, par un avortement

Devenue enceinte de nouveau, elle a eu ses dernières règles du 18 au 22 août 1894. Dès le début de cette grossesse, elle a été atteinte de bronchite et a souffert de vomissements fréquents.

Le 22 janvier, à six mois de gestation, elle eut une perte sanguine insignifiante, mais le 25 du même mois, étant cou-

chée, elle s'est sentie subitement mouillée et a perdu abondamment du sang liquide et quelques caillots; elle dit n'avoir éprouvé aucune douleur.

Une sage-femme appelée a prescrit des injections de sublimé et un lavement laudanisé. Les pertes ont continué pendant 17 jours mais seulement sous forme d'un suintement sanguinolent.

Le 29 février, après quelques jours passés sans pertes, une nouvelle hémorragie est survenue, moins abondante que la précédente, accompagnée également de caillots et l'écoulement sanguin a duré six jours. Puis, tout est rentré dans l'ordre.

Un mois plus tard, le 31 mars au matin, cette femme encore couchée a perdu de l'eau en abondance; les membranes venaient de se rompre prématurément. La grossesse était alors de sept mois. Le même jour, à midi, apparaissaient quelques petites contractions utérines douloureuses, puis le travail continua, et les douleurs ne tardèrent pas à prendre une grande intensité. Le 1er avril, à 4 heures 30 du matin, l'accouchement, auquel présidait une sage-femme, se faisait spontanément: l'enfant était une fille vivante du poids de 1 kg 146 grammes.

Une demi-heure plus tard, à 5 heures du matin, la sage-femme trouvant que la délivrance tardait à se faire, exerce des tractions sur le cordon; le cordon se casse et est arraché avec un lambeau de membrane. La sage-femme introduit alors la main dans le vagin, et cherche à faire la délivrance artificielle mais elle ne réussit qu'à décoller une très faible portion du placenta et une hémorragie abondante succède à ses manœuvres auxquelles elle est obligée de renoncer.

Un médecin est appelé, il essaie également de pratiquer la délivrance artificielle; mais il ne parvient pas à pénétrer dans l'utérus dont il trouve le col fermé et envoie la malade à l'hôpital.

La patiente arrive dans le service à midi; elle est pâle anémiée, ses muqueuses sont décolorées, mais elle ne perd plus. Pendant qu'on remonte ses forces, qu'on fait la désinfection des organes génitaux, qu'on lui donne enfin les premiers soins nécessaires, mon interne m'envoie chercher.

Ne pouvant me rendre à Lariboisière, je réponds de tenter la délivrance par le chloroforme, de façon à tenter de vaincre si possible la résistance du col : si la délivrance ne peut être effectuée, je conseille l'introduction d'un ballon de CHAMPETIER.

M. JORAND, mon interne, se conforme à cette prescription Il tente d'abord la délivrance; il pénètre dans le col mais il est immédiatement arrêté par une rétraction de l'anneau de BANDL, telle que c'est à peine s'il peut faire pénétrer un doigt dans l'utérus. Il procède alors à l'application d'un ballon de CHAMPETIER qu'il distend avec 350 à 400 grammes d'eau. I' es' 1 heure 30 du soir. Le ballon reste en place jusque vers 6 heures. Aucune hémorragie n'a lieu. La femme éprouve quelques contractions douloureuses. A six heures, des tractions exercées sur la tige du ballon l'amènent au dehors ; mais la dilatation du col n'est pas encore suffisante pour qu'on puisse intervenir. Un second ballon est introduit et gonflé avec 420 grammes d'eau. Une traction élastique, permanente, est exercée sur lui. A 9 heures du soir, il tombe dans le vagin.

On le retire et le col paraissant assez perméable, on anesthésie la femme, puis M. JORAND essaie de pratiquer la délivrance artificielle.

Il introduit assez facilement les doigts de la main droite dans l'orifice utérin; il s'efforce de dilater progressivement l'anneau de BANDL encore resserré. Toutefois, après deux tentatives vaines pour introduire la main toute entière dans la cavité utérine, il se fait remplacer par la sage-femme de garde: Mlle MICHEL, dont la main plus petite pénètre assez facilement dans l'utérus; mais elle est arrêtée au niveau de la corne utérine droite, ou elle rencontre un second orifice au

delà duquel est le placenta; l'utérus a d'ailleurs une forme bilobée très évidente. En introduisant successivement les doigts l'un après l'autre dans l'anneau d'enchatonnement, Mlle MICHEL finit par entrer dans la corne utérine ; elle décolle le placenta qui n'a avec la paroi que de très faibles adhérences, et elle en fait l'extraction. Dans le cas présent, cette corne était remplie par le placenta.

Ce placenta pesant 320 grammes affecte une forme très particulière. Inséré sur toute l'étendue de la corne utérine, il s'est pour ainsi dire moulé sur elle et a pris l'aspect d'une sorte d'aumonière dont l'ouverture correspond à celle de la corne elle-même; les bords de cette ouverture se continuent avec les membranes, mais celles-ci sont très incomplètes, déchirées qu'elles ont été, pendant les manœuvres faites pour opérer la délivrance. Le cordon présentait une insertion vélamenteuse.

Après la délivrance, on fait une injection chaude intra-utérine, car il y a à ce moment une perte de sang, mais peu abondante. On fait, en outre, une injection d'ergotine et une d'éther. L'état général se relève peu à peu et devient satisfaisant.

En examinant le ventre de la malade après l'accouchement, on sent que l'utérus est développé transversalement, la corne utérine droite est plus saillante que celle du côté opposé.

Les suites de couches ont été légèrement fébriles ; la malade ayant eu 39°3 le lendemain de son entrée, a été transportée dans le service d'isolement. Les accidents sont heureusement restés bénins et elle a voulu quitter l'hôpital le onzième jour, en assez bon état. Quant à l'enfant bien que mis en couveuse, il n'a vécu que quatre jours.

OBSERVATION V

BAR et MERCIER, (*Bull. de Soc. d'Obs. de Paris*, 1898).

Rupture d'une corne utérine au neuvième mois. Mort.

Cette observation est très longue; il s'agit d'une femme

qu'on opéra et qui mourut; nous relatons simplement ce qui a trait à l'opération et à l'autopsie.

Opération. — Le fœtus se trouve dans le péritoine. Poids, 2.500 grammes.

Le placenta est logé mi-partie dans la fosse iliaque, mi-partie dans la portion correspondante de l'excavation (donc, le placenta se trouvait implanté sur le point où a lieu l'éclatement). Poids, 460 grammes, mort deux jours après.

Autopsie. — Examen de l'utérus, il est entièrement revenu sur lui-même et n'offre aucune trace d'anomalie ; le bord gauche est normal la trompe correspondante qui mesure huit centimètres, le ligament rond et l'ovaire ne sont nullement adhérents. Le bord droit présente une large déchirure qui en occupe la plus grande partie, pour s'arrêter à quatre centimètres au-dessus de la limite inférieure du corps. Il y a, en ce point, une sorte d'éclatement de l'utérus, comme si une violente pression, s'exerçant de dedans en dehors, avait décollé, en le projetant en haut, l'angle supérieur. Un volet supérieur et deux volets latéraux se sont ainsi formés entre lesquels trois doigts peuvent pénétrer dans la cavité de l'organe.

L'épaisseur de la paroi utérine prise au niveau du volet supérieur est de 1 centimètre 5; celle de la paroi antérieure dépasse 2 centimètres et celle de la paroi postérieure atteint 2 centimètres 5.

En aucun point, on observe de débris flottants, qui permettent de penser à l'existence d'une cloison ayant à un moment donné séparé l'œuf de la cavité utérine proprement dite.

OBSERVATION VI

Rupture au deuxième mois. Mort.
(In Thèse MERCIER, Paris 1898)

Le 3 juillet 1808, M. COLINEAU fut appelé à 4 heures du

matin, près d'une femme âgée de 26 ans qui, depuis trois heures, éprouvait une colique violente. Il trouva cette femme se roulant dans son lit et poussant de longs gémissements arrachés par la douleur. La face est très pâle, la peau couverte de sueurs froides, le pouls petit inégal, vite et intermittent; le ventre était gros mais ni dur, ni douloureux.

La malade ne put répondre aux questions qu'en désignant la région hypogastrique et disant avec effort que c'était là qu'elle souffrait. Le mari dit que, depuis trois semaines, ses règles manquaient, qu'elle était mal portante et qu'elle attribuait cet état à une grossesse probable; que, la veille, elle avait fait un effort, sans éprouver aucun symptôme inquiétant. Vers une heure du matin, elle avait été prise de très fortes coliques, accompagnées de vomissements et suivies de défaillances pendatt lesquelles elle était froide comme le marbre.

Pendant ce colloque, la femme se tourna sur le côté et mourut.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula un peu de sérosité et une grande quantité de sang; après avoir enlevé un très grand caillot, qui recouvrait les viscères abdominaux, on trouva un fœtus de deux mois environ, sorti de la matrice par une ouverture qui se trouvait au fond de ce viscère, près de son angle gauche. Le placenta était attaché près de cette ouverture dont les bords étaient minces et frangés. Le viscère était revenu sur lui-même, de façon à embrasser exactement le placenta. Les parois étaient épaisses de quatre à cinq lignes excepté au niveau de la rupture où dans l'espace de plus d'un pouce de diamètre, elles étaient très amincies.

OBSERVATION VII

De M. le Docteur AUDEBERT, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Médecine de Toulouse. (In *Archives Médicales de Toulouse*, 1899).

Enchatonnement du placenta. Hémorragie persistante après la délivrance artificielle. Dangers de l'ergotine même après l'évacuation du délivre.

Mme Marie D..., 26 ans, primipare, accouche à huit mois; forme arrondie de l'utérus, dont le fond est nettement en dôme. La durée du travail est de quatorze heures. Enfant vivant.

Pendant les premières minutes qui suivent l'accouchement rien d'anormal comme pertes. Mais la corne gauche devient plus saillante que la corne droite et, vingt-cinq minutes après, une hémorragie se produit. Injections chaudes et pétrissage de l'utérus sans succès; hémorragie abondante pendant dix minutes. Des tractions légères exercées sur le cordon montrent que celui-ci correspond à la corne hypertrophiée. Pâleur des téguments, pouls fréquent et faible. Intervention une demi-heure après; une main introduite dans le vagin y trouve toute la masse placentaire allongée, la suit et, après avoir pénétré dans l'utérus dont le segment inférieur est très ramolli rencontre l'anneau de BANDL modérément serré, et, à dix centimètres au-dessus, toujours guidé par le placenta, elle arrive sur une ouverture étroite, donnant accès dans une cavité du volume du poing renfermant plusieurs cotylédons. Deux doigts peuvent y pénétrer et décoller les cotylédons.

Malgré l'extraction du délivre, l'hémorragie continue très abondante; une injection intra-utérine dirigée vers la corne gauche n'amène aucun résultat. A ce moment, une injection hypodermique d'ergotinine est pratiquée par la sage-femme qui a surveillé l'accouchement. La perte sanguine est aussi forte.

On m'envoie chercher, et, aussitôt arrivé, pour reconnaître la cause de cette hémorragie persistante, j'introduis la main dans les organes génitaux et suis bientôt arrêté par l'anneau de BANDL qui est fortement contracté: pendant que lentement et avec beaucoup de difficulté, j'essaie de forcer ce

rétrécissement, je sens que l'hémorragie continue dans la loge supérieure, ma main est inondée de sang. Après quelques minutes qui me parurent très longues, ayant vaincu la résistance de l'anneau de contraction, je pénètre enfin dans la cavité utérine remplie de caillots et complètement ramollie. Ce ramollissement contraste avec la rigidité de l'anneau que je viens de trouver.

L'accès du chaton est facile; je le vide des caillots qu'il renferme, puis sur mes deux doigts, je conduis une sonde intra-utérine et fais une injection chaude et très longue. L'hémorragie s'arrête. Suites de couches apyrétiques. L'utérus, redevenu normal pendant sa contraction, conserve sa forme en dôme.

Le lendemain, injection intra-utérine, perception du globe utérin arrondi sans encoche médiane, involution normale.

Poids du placenta: 490 grammes.

Grand diamètre: 19 centimètres.

Petit diamètre: 10 centimètres.

Forme du placenta: très allongé, séparation en deux îlots réunis par un pont membraneux, avec seulement quelques débris de tissu placentaire.

OBSERVATION VIII

(In These OUVRIER et rapporté par WASILIEFF)

Grossesse gemellaire prise pour une grossesse extra utérine avec hémorragie.

Mme M... de la L..., âgée de 28 ans, a eu deux enfants, dont le dernier il y a quatre ans. Elle est ordinairement bien réglée et bien portante. Règles absentes depuis trois mois, c'est-à-dire depuis septembre 1895, au moment où je vois la malade (début de décembre 1895).

Au commencement de novembre 1895, pertes peu abondantes, durant deux jours, renouvelées tous les huit jours jusqu'au 6 décembre. A partir de ce jour, phénomène d'hémorragie interne: lipothymies fréquentes, faiblesse croissante, accélération du pouls, abaissement de la température.

Examen: après avoïr recueilli les renseignements qui précèdent ,je constatai ce qui suit:

Dans l'abdomen, au niveau du détroit supérieur et à gauche, on sent une masse du volume du poing, régulièrement arrondie, allongée dans le sens horizontal, tendue et fluctuante, mobile, un peu douloureuse.

A droite et sur la ligne médiane, une masse un peu plus petite, moins bien régulièrement arrondie, paraissant se continuer sans limites nettes avec la masse de gauche.

Au toucher: col utérin à peu près normal; le corps est constitué par la masse sentie à droite. La tumeur de gauche peut être mobilisée avec la main abdominale sans transmission bien nette au corps de l'utérus Celui-ci paraît uni au col comme par une charnière. La masse gauche ne semble présenter avec le corps de l'utérus, que des rapports de contiguité.

Pouls petit à 140. Température axillaire: 36°2. D'après le Docteur BOUTIN, la masse gauche aurait pris brusquement un développement considérable en même temps qu'apparurent des douleurs spontanées assez vives.

Diagnostic: grossesse extra-utérine avec hémorragie dans l'intérieur du kyste.

Laparotomie le 13 décembre 1895, à une heure du matin, avec l'assistance des Docteurs BOUTIN et ISIDORE, pas de grossesse extra-utérine: mais grossesse double, une dans chaque corne de l'utérus qui présente une mollesse extraordinaire.

Fermeture de l'abdomen. En raison de l'état de la malade,

l'avortement dut être provoqué peu de temps après. Expulsion par le vagin de deux fœtus, guérison. On avait nullement affaire dans ce cas, ainsi qu'on pouvait le croire, à un utérus bicorne. Plusieurs examens ultérieurs me permirent de l'affirmer.

OBSERVATION IX

BAR (Société d'Obst. de Paris, 5 juillet 1900)

J'examinai le 20 mai 1898, à ma consultation, Mme F... Elle avait eu ses règles pour la dernière fois, le 13 mars. Elle était donc enceinte de six à sept semaines. En pratiquant le palper combiné au toucher, je trouvai la corne droite allongée et très molle, tandis que du côté gauche le corps utérin non ramolli se continuait directement, avec le col sans qu'il y ait entre ces parties interposition de la zone molle correspondant au segment inférieur.

J'eus l'occasion d'examiner cette dame, à nouveau quinze jours plus tard. L'utérus avait sa forme normale, le corps utérin avait un contour régulier, il était séparé du col par la zone molle habituelle.

OBSERVATION X

BAR (Société d'Obst. de Paris, 5 juillet 1900)

J'examine, le 10 novembre 1898, une dame enceinte pour la troisième fois; elle a eu ses règles, pour la dernière fois, le 5 septembre et est donc enceinte de sept semaines environ. Je pratique le toucher combiné avec le palper et au-dessus du col, je trouve le corps utérin volumineux, mais dur.

A droite, le corps de l'organe se délimite bien; à gauche, il est net, l'utérus paraît flanqué d'une tumeur contrastant par sa mollesse avec le corps utérin. En cherchant à préciser les

connexions de cette masse avec le corps utérin je perçois, par le toucher un sillon sur le fond de l'organe; il ne me semble pas que ce sillon se continue sur la face antérieure.

J'eus tout d'abord la pensée que cette masse molle, située à gauche, était tangeante à l'utérus et qu'il s'agissait d'une grossesse intra-utérine, mais j'abandonnais vite ce diagnostic et je me prononçais pour une grossesse utérine avec corne anormalement développée. L'événement me donna raison.

OBSERVATION XI

BAR (*Bull. de la Société d'Obst. de Paris,* 5 juillet 1900)

Mme H... était enceinte de deux mois, quand je la vis le 5 mai 1899. Elle souffrait dans la région iliaque droite; je l'examinais et je trouvais l'utérus irrégulier; la corne gauche était très développée et molle, le corps utérin reste dur se continuant directement avec le col. Cette forme irrégulière avait complètement disparu au quatrième mois.

OBSERVATION XII

(BOURRIER, Thèse de Bordeaux, 1901). Communiquée par le Docteur HIRIGOYEN, Chirurgien de la Maternité de Bordeaux.

Insertion placentaire dans la corne utérine très développée.

Enchatonnement. Hémorragie.

Mme S..., primipare, 20 ans, est à terme en septembre 1887, lorsque le travail débute par la rupture spontanée de la poche des eaux. La dilatation marche lentement. Le médecin traitant constate une présentation du siège et me fait appeler vingt-quatre heures après le début du travail; le siège est profondément engagé.

Mon confrère termine l'accouchement et extrait un enfant petit en état de mort apparente. Je procède à l'insufflation et au bout de vingt-cinq minutes, la respiration s'effectue d'une manière satisfaisante.

Pendant ce temps, la délivrance ne s'était pas effectuée sans difficultés; une grosse hémorragie s'était produite, qui avait nécessité la délivrance artificielle.

Rien de particulier ne fut noté à ce moment et au bout de quelques jours, la femme était complètement guérie sans avoir présenté d'accidents.

Trois mois après cet accouchement, Mme S... redevient enceinte et sa grossesse évolue sans accidents.

Vers le septième mois, une douleur assez vive est ressentie de temps en temps, dans le côté droit de l'abdomen et le médecin de la malade est consulté. Il constate l'existence d'une présentation du siège, et essaye à plusieurs jours d'intervalle mais sans succès, une version par manœuvres externes.

Le 17 octobre 1890, à midi, le travail commence. A 3 heures, je suis appelé pour remplacer mon confrère absent. Je trouve la femme très agitée et réclamant à grands cris le chloroforme.

La dilatation est à moitié effectuée; la présentation est un siège complet en G.A. J'administre du chloroforme à petites doses, le calme revient et à cinq heures, je puis terminr l'accouchement. L'enfant volumineux fut extrait avec beaucoup de peine. Le dégagement des deux bras relevés et de la tête fut assez long; l'enfant vint mort.

Une demi-heure après, la délivrance n'étant point faite, la malade commençant à perdre du sang, je me décide à la délivrer immédiatement. Ma main pénètre facilement dans la cavité utérine mais ne rencontre pas le placenta. Je porte la main très haut, l'avant-bras introduit dans les parties génitales et je constate alors que la corne droite est refermée sur le pla-

centa qu'elle contient dans son angle supérieur. Elle forme une sorte de poche surajoutée à la cavité utérine, et fermée comme une bourse par un repli musculaire saillant et très résistant, au centre duquel passe cordon et membranes. Il m'est impossible de faire pénétrer les doigts dans cette poche resserrée, d'où le placenta ne peut sortir. Et pendant ce temps la femme perd abondamment. Presque subitement, son état devient des plus graves; elle est pâle, défaillante sur le point de mourir. A plusieurs reprises, j'introduis de nouveau la main jusqu'au fond de l'utérus et je ne puis ramener que quelques fragments du placenta et des membranes, la plus grande partie des annexes restant emprisonnée dans une cavité inaccessible.

Je reste auprès de la malade pour lui donner les soins que réclame son état; elle était en danger de mort imminente; injections chaudes, injections d'éther, compression des vaisseaux des membres, élévation des bras. A onze heures, c'est-à-dire six heures après l'accouchement, après une hémorragie des plus graves par son abondance et sa durée, je profite d'une petite reprise des forces pour tenter encore de délivrer la femme. C'est en vain, la porte ne veut pas s'ouvrir et le placenta reste enfermé. Heureusement, l'hémorragie semble diminuer, et vu la faiblesse extrême de la malade, je me décide à abandonner le placenta dans sa loge, et à faire commencer immédiatement des injections antiseptiques chaudes très fréquemment renouvelées. Craignant que la moindre inertie utérine ne vienne enlever à la femme ses dernières gouttes de sang, je fis, après avoir beaucoup hésité deux injections sous-cutanées d'ergotine.

La fin de la nuit se passa sans qu'aucune perte nouvelle survint; l'état général devint un peu meilleur, et le lendemain matin, 6 heures, à la suite de contractions fortes et douloureuses, le placenta put franchir le collet qui l'enserrait, tomber dans la cavité vaginale et être expulsé au dehors sans hémorragie.

Quand je revis la femme le matin, elle présentait des troubles nerveux très pénibles, vomissements, douleurs stomacales, défaillances fréquentes. Pendant trois jours, sans que les lochies aient offert la moindre fétidité, sans que la matrice fut douloureuse, il y eut chaque jour un accès de fièvre à 39°8. Ces accès ont cédé sous l'influence de la guérison, et peuvent se reporter à une intoxication paludéenne qui avait existé autrefois. A partir du quatrième jour après l'accouchement, la fièvre ne s'est plus montrée. Le 1er novembre, une douleur vive, s'irradiant jusqu'au lombe du côté droit, a été ressentie dans le membre inférieur droit jusqu'au genou, avec sensation d'engourdissement et de froid. Cette douleur semble devoir être mise sur le compte de la compression des troncs nerveux pendant le travail et l'introduction répétée de la main dans l'utérus. Les jours suivants, tous les troubles ont disparu, et la guérison a été obtenue sans aucun autre accident.

Pendant toute la durée de l'involution utérine, il a été possible de constater que la corne droite offrait une saillie appréciable à l'angle droit de l'utérus ; peu à peu cette saillie s'est réduite et a disparu, alors que la matrice a repris sa situation dans le bassin.

OBSERVATION XIII

BAR (*Bulletin de la Société d'Obstét. de Paris*, 20 mars 1902)

Une dame de 30 ans, secondipare, a subi il y a trois ans la laparotomie pour un kyste du ligament large droit. Les annexes du côté droit ont été enlevées.

Cette dame a eu, pour la dernière fois, ses règles le 10 décembre 1901. Je l'ai vu le 20 janvier 1902. Elle commençait une grossesse: le corps utérin était dur, la corne gauche plus molle était comme isolée à gauche et semblait une trompe gravide.

J'ai suivi cette dame pendant tout le mois de février l'isolement apparent de la corne n'a fait que s'accentuer. Vers le 20 février, le corps utérin se ramollit, se fusionna, et au commencement du mois de mars l'utérus était devenu globuleux et régulier.

OBSERVATION XIV

BAR (*Soc. d'Obs. de Paris*, 1903).

Mme X... a eu deux grossesses qui se sont terminées à terme par la naissance d'enfants vivants et bien portants. Elle n'a jamais eu d'avortement. Elle a eu ses dernières règles pour la dernière fois le 20 août. Je l'ai vue le 6 octobre, elle était donc enceinte de six semaines. J'ai trouvé le corps utérin augmenté de volume. La corne droite formait une tumeur molle semblant séparée du corps utérin qui était dur. C'était la déformation utérine que je vous ai décrite et que l'on rencontre si fréquemment. Le 6 novembre, Mme X... fut prise de douleurs, eut une hémorragie et le 7 au matin, elle expulsait un sac décidual. J'ai pu extraire celui-ci presque intact. Je l'ai placé sur une planchette tel que je l'ai extrait, c'est-à-dire en plaçant en haut la face qui se trouvait dans le vagin. La caduque forme un sac rupturé en haut et à droite en bas on voit un prolongement décidual qui s'avançait dans la partie de l'utérus qui fût devenu le segment inférieur.

En avant et à gauche, se trouve un fin prolongement qui s'enfonçait vers l'ostium tubae. En haut et à droite, ce fin prolongement n'existe pas. L'œuf s'était greffé dans cet angle. J'ai pu m'assurer en faisant une coupe de cette région que, derrière cette caduque plissée et déteinte, moins foncée, était l'œuf. La disposition de l'œuf se rapprochait de celle représentée sur la figure 15 du Traité d'accouchement d'OLSHAÜSEN et VEIT.

OBSERVATION XV

MORTAGNE (Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, 16 novembre 1903)

Difficulté du diagnostic au début d'une grossesse avec forme anormale de l'utérus.

Mme X... me fait appeler le 22 mars 1903. C'est une jeune femme de 24 ans, mariée depuis le mois d'août 1902, bien constituée et de bonne santé habituelle. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Elle a été réglée à douze ans; les règles assez douloureuses et l'obligeant à garder le lit, pendant un ou deux jours, se sont toujours montrées à date régulière. Les dernières ont eu lieu du 20 au 25 janvier, celles du mois de février ont manqué. La malade a eu, depuis lors quelques piccotements du côté des seins et quelques vomissements qu'elle a mis sur le compte d'un début de grossesse ; mais, depuis deux ou trois jours, les vomissements ont augmenté, l'anorexie est absolue. Il y a de la constipation. Enfin, elle a été prise, la nuit précédente, de douleurs comparables à celles qu'elle éprouve au moment de ses règles et perd un peu de sang.

A l'examen, on trouve un état saburral, très marqué du côté des voies digestives; le ventre est légèrement tendu; la sonorité un peu exagérée, surtout au niveau du gros intestin. Douleurs vagues dans tout l'abdomen, pas de température. Du côté utérin, une hémorragie peu abondante, à peu près, dit la malade, comme au moment des règles. On examine sommairement: l'utérus est gros et son volume apparent semble bien en rapport avec une grossesse possible de sept à huit semaines. Le col est entr'ouvert. On prescrit le repos au lit, la diète lactée avec un peu d'eau de Vichy. Dans la journée et la nuit suivante, la malade continue à perdre un peu de sang, mélangé de caillots noirâtres, le lendemain, des débris qui firent croire à un avortement accompli.

La température prise régulièrement les jours suivants matin et soir, ne dépasse pas la normale. Au bout de quatre ou cinq jours, tout écoulement vaginal avait disparu. En somme, à part l'expulsion des débris, tout s'était comporté au point de vue de la durée et au point de vue de la quantité de sang rendu comme des règles ordinaires, au dire de la malade.

Mais du côté des voies digestives, les phénomènes s'accentuaient et la malade faisait une violente poussée d'entérocolite muco-membraneuse.

C'est alors que dix ou douze jours après le début de l'accident, dans les premiers jours d'avril, en examinant l'abdomen, on perçut dans la fosse iliaque gauche, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, une tumeur superficielle arrondie rénitente ayant à peu près le volume d'une mandarine et d'une indolence complète.

En combinant le toucher vaginal et le palper, on constatait:

1° Que le col n'était pas dévié;

2° Que les mouvements imprimés à la tumeur par la main placée sur l'abdomen ne se transmettaient au col que d'une manière fort imparfaite;

3° Qu'on n'arrivait pas à isoler nettement le fond de l'utérus.

La malade fut soumise à une surveillance attentive. L'augmentation rapide de la tumeur, qu'on voyait pour ainsi dire grossir de jour en jour, écartait l'idée d'un néoplasme ou d'un kyste quelconque, et l'idée d'une grossesse en voie d'évolution s'imposait en dépit des signes de pseudo avortement des premiers jours.

Mais en même temps, on constatait que de plus en plus la masse devenait franchement latérale, parallèle à l'arcade crurale. Le col conservait sa situation et sa direction normales, mais les mouvements imprimés à la masse continuaient à ne lui être que peu ou point transmis. En un mot, l'indépendance

de la tumeur et de l'utérus paraissait s'affirmer de plus en plus. En outre, en déprimant la paroi sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du pubis, on sentait un corps arrondi, dur, semblant séparé par un sillon de la tumeur latérale plus molle. Comme cette masse sus-pubienne était sur le même plan, que la tumeur latérale et non reportée en avant comme il arrive généralement dans la grossesse extra-utérine et comme elle n'avait pas tout à fait la forme habituelle du corps utérin, telle qu'on l'observe en pareil cas, je conservai quelque espoir, qu'il s'agissait peut-être malgré tout d'une grossesse intra-utérine.

Cependant, la tumeur latérale avec sa mollesse, son indépendance apparente rendait si plausible l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine, que j'insistai pour avoir une consultation et pour que la malade vint à Paris. La famille décida alors de conduire la malade à M. Bar, mais entre temps la situation se modifiait. Le 26 avril, la grossesse étant arrivée à la fin du troisième mois je constatai, deux jours avant le départ pour Paris que la tumeur, tout en restant latérale, n'était plus aussi nettement parallèle à l'arcade crurale; elle ne donnait plus comme précédemment la sensation d'un sphéroïde, dont le méridien eût été perpendiculaire à cette arcade, mais plutôt d'un ovoïde à grand axe oblique de gauche à droite, de haut en bas, et de dehors en dedans. Le sillon entre la masse principale et la portion existait toujours, mais moins marqué. Enfin, en exerçant sur le sommet de cet ovoïde une pression dans le sens de son grand axe, on déterminait un abaissement du col.

Me rappelant un cas analogue, observé jadis dans le service de M. Bar dont j'étais l'interne, j'émis l'hypothèse d'une grossesse normale, dans un utérus anormalement conformé et infléchi latéralement. Mais pour plus de sûreté, je demandai que la consultation projetée eût lieu quand même et que l'on pût discuter et contrôler ce diagnostic. M. Bar vit la malade avec moi, le 28 avril, et porta le diagnostic de grossesse uté-

rine évoluant dans la corne utérine gauche, anormalement développée.

La grossesse se poursuivit sans incidents. Accouchement spontané et normal le 18 octobre ,terminé par la naissance d'un enfant vivant de 3 kilos 500 environ.

Délivrance naturelle et complète aidée seulement d'une légère expression utérine, au bout d'une heure. Mais à ce moment, on put constater que l'utérus très oblique de gauche à droite présentait un peu au-dessus de sa partie moyenne et sur son bord droit, une profonde encoche en bissac dont la poche supérieure correspondait vraisemblablement à la corne gauche dans laquelle l'œuf s'était primitivement développé.

OBSERVATION XVI

WASILIEFF (*Bull. d'Obst.*, 17 décembre 1903)

Mme X...,› âgée de 32 ans, ayant déjà eu un enfant il y a cinq ans, a eu ses règles pour la dernière fois le 11 décembre 1901.

A partir du 1er janvier, vomissements fréquents le matin au réveil. Les seins sont devenus sensibles et volumineux. A partir du 20 janvier, ces phénomènes disparaissent; en même temps: ballonnement du ventre et douleurs dans le côté gauche. Le 23 janvier ,légère perte de sang, les douleurs augmentent, ainsi que le ballonnement du ventre. Un médecin consulté fit quelques pansements, sans apporter d'amélioration.

Le 20 février, il y eut un écoulement d'eau rousse ,avec exacerbation des douleurs. Le médecin affirma que la malade n'était pas enceinte et proposa de faire un écouvillonnage de l'utérus, opération qui fut pratiquée le 28 février.

Le 15 mars, la malade n'allant pas mieux, on consulta un autre médecin, qui déclara qu'une opération radicale serait nécessaire. Je vois la malade le 20 mars 1902 et, après avoir recueilli les renseignements ci-dessus, je procède à l'examen et je constate ce qui suit: voussure de l'hypogastre gauche; au palper, masse arrondie du volume d'une mandarine mobile et douloureuse, rien à droite; à l'aide du toucher, je trouve un utérus débordant le pubis d'un travers de doigt, faisant corps avec la masse gauche. Celle-ci séparée de l'utérus par une dépression sensible, et de consistance molle plutôt que fluctuante. L'utérus et la masse accolée sont mobiles simultanément. Col mou entr'ouvert. Seins volumineux, sensibles, écoulement séreux par le mamelon, état général assez bon, pouls rapide 100 et petit; pas d'œdème des jambes.

J'ai porté le diagnostic de grossesse extra-utérine et proposé une opération que la malade refuse et elle fit bien car, un mois après mon premier examen, je pus constater le développement d'un utérus gravide normal.

L'accouchement se fit normal, le 22 septembre 1902: enfant de sexe masculin, du poids de 3 k. 800.

OBSERVATION XVII

PUECh (*Nouveau Montpellier Médical*, 26 février 1904)

Mme P..., âgée de 24 ans, domiciliée à M..., a toujours eu une bonne santé. Menstruations régulières. Rien du côté des organes génitaux. Elle a mené à bien une première grossesse terminée, il y a deux ans, par la naissance d'un enfant vivant et bien portant. Le 15 août dernier, les règles ont lieu comme à l'ordinaire.

Le 15 septembre, elles manquent et Mme P... n'hésite pas à attribuer leur absence à une grossesse commençante.

Le 1er octobre, quinze jours après l'époque où la menstruation aurait dû se produire, sans cause appréciable et sans

douleur, il commence à se faire par les organes génitaux une petite perte de sang à laquelle succède un écoulement sanguinolent qui persiste pendant tout le mois. C'est à ce moment (fin octobre) que la malade plus ennuyée que préoccupée de cet état vint à Montpellier me consulter.

Etat général satisfaisant, pouls normal, pas de douleurs abdominales ni spontanées ni provoquées.

A l'examen direct, on constate par le palper et le toucher combinés que le corps de l'utérus est manifestement augmenté de volume et que son fonds est déjeté à droite.

L'orifice externe du col légèrement ouvert est ramolli. Dans le cul de sac latéral gauche, le doigt atteint péniblement une vague tuméfaction que l'on perçoit mieux, en déprimant avec la main externe la paroi abdominale, et qui flanque la corne utérine gauche avec laquelle elle semble se continuer. Pas de sillon de séparation bien net.

Y avait-il eu grossesse, puis avortement et consécutivement infection de l'utérus et production d'une annexite gauche ? L'absence de douleurs et de température faisait écarter ce diagnostic. Je restai hésitant entre la grossesse extra-utérine et la grossesse utérine, avec développement irrégulier de l'utérus, et en nous réservant de revoir la malade dans quelque temps, je prescrivis le repos absolu.

Le 3 décembre on me pria de me rendre dans la localité habitée par la malade pour procéder à un nouvel examen. Malgré le repos, les petites pertes sanguinolentes n'ont pas cessé. Il ne s'est guère passé de jour sans écoulement; de plus, il y a eu à la fin du mois de novembre, une perte de sang qui, sans être considérable cependant, a présenté une abondance plus grande que de coutume.

Par le palper abdominal, on trouve nettement une tumeur dépassant le publis de trois travers de doigt, inclinée à droite et de consistance assez résistante. Le bord droit de cette

tumeur est nettement limitable. A gauche, la tumeur est comme prolongée latéralement par une masse de consistance moindre. Le toucher, pratiqué en même temps que le palper, montre que cette seconde tumeur est en rapport étroit de continuité avec la première, qu'elle se continue directement avec le col de l'utérus. Il permet d'en apprécier plus exactement la consistance de figue mûre fourni par l'utérus gravide au début. Toujours pas la moindre douleur, ni spontanée, ni provoquée à la pression.

Après avoir discuté avec le Docteur GAZEL, médecin de la malade, le diagnostic de grossesse extra-utérine et de grossesse môlaire, je m'arrêtai à celui de grossesse utérine avec corne gauche distendue, par suite très probablement de l'insertion du placenta près de l'ostium tubae.

La malade fut maintenue au repos absolu au lit, et les écoulements ayant présenté un peu d'odeur, elle fut soumise à des injections vaginales bi-quotidiennes faites avec une solution tiède de phénosalyl. Je prévins en outre, la famille qu'un avortement était très fort probable.

Mon diagnostic et mon pronostic se trouvèrent bientôt confirmés. Le 4 janvier, à 11 heures du soir, Mme P... qui, depuis quelques jours, avait commencé à sentir les premiers mouvements du fœtus, fut prise de petites douleurs en même temps que d'une perte de sang un peu plus forte.

Dans la journée du 5, je fus mandé par télégramme; quand j'arrivai auprès de la malade, à 7 heures du soir, l'avortement venait de se terminer. Le fœtus, un garçon, tenait encore par son cordon au placenta; ce dernier présentait deux parties distinctes l'une épaisse, charnue, l'autre amincie, aplatie, en limande et rappelant l'aspect d'une portion de placenta inséré sur le segment inférieur. Les suites de cet avortement ont évolué sans incidents.

OBSERVATION XVIII

BRINDEAU (Soc. d'Obs., Paris 1905)
(Résumé relevé in thèse VELLUET)

Il s'agit d'une femme enceinte de deux mois qui perdait du sang et des débris de caduque. En même temps, elle souffrait de l'abdomen. A l'examen, on trouvait deux tumeurs accollées. L'une dure ressemblant à un utérus un peu gros et l'autre volumineuse très molle, presque fluctuante. Le lendemain de son arrivée, cette femme fut prise de vomissements verdâtres de douleurs extrêmement vives à l'abdomen, le pouls était rapide et petit. Nous pensâmes à une rupture de la trompe. La laparotomie fut pratiquée et à l'examen on trouva seulement un utérus irrégulier.

La malade guérit, mais fit sa fausse couche quelques jours après. Nous eûmes plus tard l'explication de ces phénomènes. C'était une grande hystérique qui avait perdu sa sœur quelques mois auparavant d'une grossesse extra-utérine.

OBSERVATION XIX

BUFFNOIR : *Un nouveau cas de grossesse angulaire*
(*Bull. d'Obst.*, 16 février 1905)

Le 15 septembre 1904, une jeune femme me faisait appeler d'urgence la nuit, à quelques kilomètres de mon domicile. Elle avait été prise au cours de la journée, dans le bas-ventre du côté droit, de douleurs accompagnées d'une légère perte sanguine, et elle avait dû rentrer précipitamment d'un voyage qu'elle avait entrepris deux jours auparavant.

La malade m'a appris qu'elle avait eu ses dernières règles le 25 juin, qu'elle se croyait enceinte et menacée d'un avortement. Elle avait déjà eu une grossesse il y a deux ans qui s'était terminée par la naissance d'une petite fille, actuellement bien portante.

Une dizaine de jours après l'accouchement, la malade aurait subi une atteinte très grave de grippe à forme gastro-intestinale. Elle s'en serait remise assez rapidement en conservant cependant quelques troubles digestifs. Le retour des règles se serait produit vers le deuxième mois et depuis lors leur apparition aurait été anormale jusqu'au 25 juin dernier.

Le palper abdominal me permet de constater la présence d'une tumeur à peu près médiane, dépassant la symphyse pubienne de quelques travers de doigts. Au toucher, je trouvai un col assez mou en forme d'éteignoir, admettant facilement à son orifice externe, la pulpe de l'index, fermée à son orifice interne, et d'où s'échappaient quelques gouttes de sang. L'utérus plus volumineux qu'à l'état normal était flanqué au niveau de sa corne droite d'une tumeur du même volume que lui à peu près, et dont il était séparé par une dépression, plutôt que par un véritable sillon. Cette tumeur surajoutée était plus molle que le corps utérin, et elle se mobilisait avec l'utérus, mais jouissant, en outre, d'une légère mobilité propre. Ces divers signes me firent penser à une grossesse tubaire droite. Le diagnostic ne me satisfaisant pas cependant d'une manière absolue, car je n'avais pas trouvé entre le corps utérin et la grossesse ectopique, le sillon très marqué qui les sépare d'ordinaire, je pensai, dès lors, que le point d'implantation pouvait bien être la corne utérine droite. Je me contentai de mettre la malade au repos, de lui faire administrer un lavement laudanisé et je me promis d'exercer sur elle une surveillance attentive. L'état resta stationnaire pendant une dizaine de jours. Vers le quinzième jour environ, j'eus la satisfaction de sentir le corps utérin, devenu plus mou, se confondre avec la tumeur du cul de sac droit, en une seule masse globuleuse et régulière. L'écoulement sanguin continua à se produire pourtant pendant deux mois environ. A aucun moment, il n'y eut d'expulsion de caduque; le sang qui, pendant les quinze premiers jours, était assez rouge, pâlit peu à peu puis devint brunâtre. L'hémorragie cessa tout à fait après l'issue de deux petits caillots.

A l'heure actuelle, la grossesse continue normalement son cours et tout fait supposer qu'elle se terminera sans nouvel incident.

OBSERVATION XX

PUECH (In Trèse VELLUET, 1906)

Mme M..., 38 ans, domiciliée à Narbonne, m'est adressée par son médecin, le Docteur PEAUDECERF en juillet 1904.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants. Santé habituellement excellente.

La menstruation, qui s'est établie à l'âge de douze ans, a toujours été très régulière. Quatre grossesses antérieures normales se sont toutes terminées par des accouchements à terme sans incident; le dernier accouchement remonte à dix ans. Pas de fausse couche.

Mme M... a eu ses règles pour la dernière fois le 27 mai. A plusieurs reprises, dans les mois de juin et juillet, il se produit, sans causes appréciables, de violentes douleurs dans le côté droit du ventre avec irradiation lombaire douleurs que la malade compare à celles de l'accouchement et qui font redouter la production d'une fausse couche. Ces douleurs exagérées par les mouvements obligent la malade à garder le décubitus horizontal et sont un peu calmées par l'emploi de lavements laudanisés.

A l'examen pratiqué le 20 juillet, je constate par le palper et le toucher combinés l'existence d'une tumeur paraissant développée aux dépens de la corne droite de l'utérus. Cette tumeur, du volume d'une mandarine environ, présente une certaine mollesse, qui la différencie de l'utérus, lequel a conservé sa consistance ferme. La tumeur semble faire corps avec l'utérus; on ne sent pas entre les deux de sillon de séparation;

d'autre part, les mouvements communiqués à la tumeur par la main abdominale se transmettent, quoique faiblement, au doigt mis au contact du col. Outre la suppression des règles, il existait un certain nombre de phénomènes subjectifs.

Sans éliminer complètement le diagnostic de la grossesse ectopique, je conclus à une grossesse utérine développée dans la corne droite et je conseillai le repos, en raison des phénomènes douloureux éprouvés par la malade.

Un second examen pratiqué un mois plus tard, à la fin du mois d'août, me confirme dans mon diagnostic: l'utérus apparaît bien toujours comme flanqué d'une tumeur, mais l'on a maintenant l'impression que le fond même de l'utérus, et pas seulement la corne droite, participe à sa formation.

Il y a encore quelques phénomènes douloureux. Ceux-ci n'ont complètement disparu que dans le courant du mois de septembre, ainsi que nous l'écrivait le Docteur PEAUDECERF dans une lettre datée du 12 novembre. A cette époque, la grossesse suivait normalement son cours; l'utérus s'est élevé dans l'abdomen; son fond est senti au niveau de l'abdomen et s'est régularisé; par le palper, on perçoit les mouvements du fœtus et l'ausculation permet d'entendre les bruits du cœur.

Le 7 mars 1905, l'accouchement se terminait normalement et à terme par la naissance d'une fille vivante et bien portante.

OBSERVATION XXI

(In thèse VELLUET, RICARD, Hôpital Saint-Louis)

Il s'agissait d'une femme de 36 ans qui entrait à l'hôpital pour des douleurs intolérables dans le côté. M. TISSIER qui examina la malade, émit l'opinion qu'il pouvait peut-être y avoir une grossesse angulaire mais sans affirmer son diagnostic. Devant la continuation et l'exagération des douleurs, on se décida à faire la laparatomie. Mais on reconnut une grossesse de trois mois et demi et l'on referma le ventre.

Cette grossesse continua d'évoluer et la femme accoucha à terme d'un enfant vivant. Cependant, cette femme continua à souffrir après son accouchement et elle est forcée encore actuellement de revenir à l'hôpital Saint-Louis pour se faire panser.

OBSERVATION XXII

PUECH (In Thèse VELLUET, 1906)

Le 18 octobre 1904 je fus prié par mon confrère et ami, le Docteur Heran, de venir voir Mme C..., âgée de 27 ans, enceinte de deux mois, primipare.

La nuit précédente, Mme C.. .a été prise brusquement de douleurs très vives, dans la fosse iliaque droite, avec irradiation dans le membre inférieur droit. Consécutivement il s'est fait par les organes génitaux un très léger écoulement sanguin.

Au moment de mon examen à 5 heures du soir, l'écoulement sanguin est arrêté, mais les douleurs persistent encore, quoique moins violentes que dans la nuit et la matinée. Elles sont réveillées par la pression au niveau de la fosse iliaque droite.

Mme C... soignée depuis plusieurs mois, par mon confrère, pour une anémie, est grande et maigre. L'exploration de l'abdomen est un peu gênée par la douleur qu'elle provoque. Par le palper et le toucher combinés, il fut aisé de reconnaître sur le bord droit de l'utérus au voisinage de son fond une petite tumeur, qu'un vague sillon semble rendre distincte de ce dernier. Cette tumeur est de consistance molle, légèrement mobilisable et douloureuse à la pression. L'état général est bon. Il n'y a pas d'accélération du pouls pouvant faire songer à une hémorragie interne.

Le diagnostic reste hésitant entre une grossesse extra-uté-

rine et une grossesse avec un œuf greffé dans l'angle droit de l'utérus.

Je revis à plusieurs reprises Mme C... à qui le repos absolu au lit avait été prescrit. Pendant tout un mois, les douleurs quoique très atténuées persistèrent. Il n'y eut plus de reproduction de l'écoulement sanguin.

Au troisième mois, en même temps que les douleurs avaient disparu, nous pûmes constater que la tumeur qui, primitivement, paraissait distincte de l'utérus, se confondait de plus en plus avec ce dernier; au quatrième mois, l'utérus à la forme normale d'un utérus gravide à cette époque de la grossesse.

Mme C..., qui, à partir du quatrième mois, a commencé à sortir et à reprendre sa vie habituelle, a conduit sans nouvel incident sa grossesse jusqu'à terme. L'accouchement auquel je présidai eut lieu le 4 mai. Les douleurs avaient commencé la veille au soir vers les huit heures; à 2 heures de l'après-midi, naissait une petite fille de petit volume et du poids de 2.850 grammes, qui, nourrie au sein par la mère, s'est parfaitement élevée.

Pas d'hémorragie au moment de la délivrance; mais rétention d'une portion de chorion décollé de l'amnios par suite de la rupture tardive de la poche des eaux. Le placenta est légèrement bordé. La portion de membrane retenue fut éliminée le quatrième jour, des suites de couches, lesquelles, par ailleurs, évoluèrent sans incident (plus haute température: 37°4).

OBSERVATION XXIII

Enchatonnement du placenta dans un cas de grossesse angulaire, par Mme le Docteur GAUSSEL-ZIEGELMANN, ancien chef de clinique d'accouchement à la Faculté.

(In Thèse MAS, Montpellier, 1908)

Mme S. P..., âgée de 22 ans, primipare, de bonne santé générale, n'a jamais eu de maladies sérieuses.

Réglée tous les vingt-huit jours, pendant quatre à cinq jours pertes rouges moyennes. Dernières règles du 30 janvier au 4 février 1907. Quelques vomissements au début de la grossesse. Pas d'albumine dans les urines.

J'ai vu Mme P... pour la première fois dans le courant du septième mois de sa grossesse. A l'inspection, son abdomen ne présentait rien de particulier; mais au palper, mon attention a été attirée à plusieurs reprises par le développement exagéré de la corne utérine gauche, qui présentait une saillie très marquée et avait une consistance molle. A aucun moment, je n'ai trouvé dans cette corne des parties fœtales. Je me suis demandé s'il n'existait pas à ce niveau un petit fibrome utérin. Mais le jeune âge de la femme, et l'absence des signes d'un fibrome dans son passé me firent rejeter cette hypothèse.

Le fœtus se trouvait en présentation du sommet engagé en position G.A. Mme P... vint me trouver le 31 octobre, à 3 heures de l'après-midi, et me dit avoir ressenti quelques douleurs. Le toucher pratiqué m'indique, en effet, un début de travail; le col est presque effacé, ouvert comme une pièce de 50 centimes. Les douleurs deviennent de plus en plus intenses, le travail marche régulièrement; la dilatation est de 5 fr., à 9 heures du soir; à 11 heures 30, Mme P... accouche d'une belle fillette.

Après une toilette, j'attends la délivrance en surveillant le pouls et l'utérus. Le mouvement ascensionnel de l'utérus indiquant le passage du placenta décollé dans le segment inférieur ne se produit pas. L'utérus garde sa forme particulière; la corne gauche est plus développée que la droite.

En l'absence d'indication à l'intervention, j'attends jusqu'à minuit et demi. A ce moment je pratique le toucher pour voir si le placenta n'est pas descendu dans le vagin; mais je ne l'y trouve pas, et je n'atteins pas l'insertion du cordon sur le placenta.

Petit à petit, la forme irrégulière de l'utérus s'accentue. La corne gauche, toujours très molle, paraît séparée de l'utérus par une partie étroite. Il se produit une petite hémorragie externe; en même temps, la femme accuse une sensation de faiblesse, une douleur à l'estomac, et sent qu'elle va s'évanouir. Son pouls, calme jusqu'à ce moment, devient fréquent et bat 96 pulsations à la minute; l'accouchement a eu lieu à 11 heures 30 ; il est déjà 1 heure 15.

Après une antisepsie soigneuse de mes mains, je pratique le toucher et je constate que le col a des tendances à revenir sur lui-même; je suis le cordon qui me sert de guide, mais je n'atteins pas le placenta. J'introduis toute la main dans la cavité utérine, je traverse assez facilement le col, le segment inférieur et même l'anneau de BANDL ; mais ma main est arrêtée plus haut dans la cavité utérine, au niveau d'un orifice étroit qui se trouve sur le côté gauche de l'utérus; le cordon s'engage dans cet orifice. Aucune partie du placenta ne se trouve au-dessus.

Il s'agit donc d'un enchatonnement ou plutôt d'un enkystement du placenta. J'essaie de franchir l'orifice contracté et je parviens après de nombreuses tentatives à introduire dans le chaton l'index et le médius de la main droite.

Pendant ce temps, ma main gauche soutient et abaisse l'utérus. Je pénètre dans une gorge très mince (arrière-boutique des auteurs) séparée de ma main abdominale par une couche de tissu peu épaisse. Je trouve dans cette loge le placenta décollé sur une très petite étendue; je le décolle avec beaucoup de peine, d'abord parce qu'il est adhérent, et ensuite parce qu'il présente une insertion qui rend le décollement particulièrement compliqué; le placenta se trouve inséré à la fois, sur la face antérieure, la face postérieure de l'utérus, sur son fond et sur son bord latéral gauche. L'ovule serait donc venue se fixer juste au voisinage de l'orifice utérin de la trompe, et le placenta aurait, en quelque sorte, bouché cet orifice en se développant.

Pendant que j'exécute le décollement, je sens mes doigts fortement serrés par l'orifice étroit du chaton, pendant que mon avant-bras subit une pression assez forte de la part de l'anneau de BANDL rétracté. Je suis obligée de m'arrêter plusieurs fois, la sensibilité de mes doigts disparaissant totalement. Je parviens enfin à extraire le placenta et les membranes; ces dernières sont déchirées, et le placenta lui-même est dilacéré en maints endroits; il serait difficile d'affirmer d'après l'examen de ses fibres que la délivrance est vraiment complète. Je réintroduis la main dans la cavité utérine, et je cherche à vérifier du mieux possible que rien n'y soit resté. A ce moment, l'anneau de contraction n'existe plus, et la main peut explorer toute la cavité utérine. Je fais ensuite une injection intra-utérine très chaude et je constate que l'utérus a pris son aspect normal et que la corne gauche n'a plus la forme bizarre qu'elle avait avant la délivrance.

Les jours suivants, Mme P... a présenté une légère fréquence du pouls, qui se maintenait aux environs de 96 pulsations pendant les cinq premiers jours et est descendu ensuite à 80 pulsations.

La température s'est élevée, le soir du quatrième jour, à 37°9, et la femme a expulsé ce jour-là un caillot et un petit lambeau de membrane. A partir de ce moment, tout est rentré rapidement dans l'ordre et le dix-huitième jour, la malade se levait complètement rétablie.

Cette observation m'a paru intéressante à communiquer pour les raisons suivantes:

1° Le cas que je vous rapporte présente un cas typique de grossesse angulaire. On désigne sous ce nom la grossesse dans laquelle l'ovule fécondé vient se greffer au voisinage de l'ostium utérinum dans une des cornes utérines.

Détails intéressants à souligner dans notre cas: l'utérus a gardé jusqu'à la fin de la grossesse la forme irrégulière (sail-

le très marquée d'une corne) qui existe seulement dans les trois premiers mois de la grossesse angulaire et disparaît habituellement dans la suite.

2° L'enchatonnement du placenta exceptionnel, depuis que l'ergot de seigle est banni de l'obstétrique est signalé comme une complication grave de la grossesse angulaire. C'est à l'insertion du placenta au voisinage de l'orifice utérin de la trompe gauche, qu'il faut certainement attribuer l'enchatonnement du placenta dans mon cas. Les raisons anatomiques en expliquent le mécanisme. Cette région possède peu de fibres musculaires; la minceur et la faiblesse du muscle utérin ont favorisé l'inertie de la zone placentaire.

Les faisceaux musculaires internes qui forment une série d'anneaux concentriques autour de l'ostium utérinum et qu'on appelle les muscles orbiculaires des trompes, ont réalisé par des contractions irrégulières, l'enchatonnement ou plus exactement l'enkystement du placenta puisque tout le placenta se trouvait retenu dans le chaton.

Comme cause prédisposante à l'enchatonnement dans mon cas, je dois signaler, avec les auteurs, la primiparité et les adhérences anormales qui ont rendu la délivrance plus pénible. Le danger de rupture utérine par suite de l'amincissement de la zone placentaire m'engageait à agir avec prudence.

Pendant la délivrance artificielle et l'examen ultérieur de la cavité utérine, je n'ai pas trouvé chez Mme P... de malformation utérine, qui aurait pu être la cause d'enchatonnement.

OBSERVATION XXIV

(Relevée dans thèse MAS). — Communiquée par Mlle BAZIN, Sage-femme en chef de la Maternité, et M. ROGER, interne des hôpitaux.

La nommée X..., âgée de quinze ans, ménagère, primipare, est entrée dans le service le 14 janvier 1908, à 7 h. 40, deux

heures après l'expulsion du fœtus, pour rétention placentaire et hémorragie.

La sage-femme qui l'accompagne dit que l'accouchement s'est fait spontanément, à six heures du soir, mais qu'après la sortie du fœtus, il se produisit une hémorragie

Elle essaie de retirer le placenta, en faisant des tractions sur le cordon. Ne pouvant pas faire la délivrance et l'écoulement sanguin devenant de plus en plus abondant, elle fait appeler un médecin qui conseille le transport de la parturiente à la maternité.

A son arrivée, Mlle BAZIN, sage-femme en chef, constate une hémorragie grave, pouls 160; elle sent dans le vagin des caillots qu'elle enlève. Le placenta est tout entier dans la cavité utérine, elle dirige sa main droite au fond et à gauche, son autre main étant placée sur le fond de l'utérus et trouve un éperon; elle va dans la corne droite, elle y pénètre difficilement, mais se rend bien compte que la plus grande partie du placenta est à ce niveau; la paroi utérine est très amincie, le décollement est un peu long, mais ne présente aucune difficulté; elle ramène le placenta et les membranes.

Elle introduit la main une seconde fois et à la sensation qu'il ne reste ni cotylédons ni membranes, elle termine par une injection intra-utérine iodée.

A l'examen du placenta, on constate que la face utérine n'a pas l'aspect bien normal, les cotylédons sont déchirés; mais en rapprochant les débris, la masse placentaire paraît complète.

Pendant la délivrance, on réchauffe la malade (traitement général de l'hémorragie ; caféine 1 cc., éther camphré 2 cc., sérum, 600 grammes thé au rhum).

A 9 heures du soir, pouls 120 bien frappé.

Le 16 et 17 janvier, la température rectale s'étant élevée

à 38°5, on fait une injection intra-utérine iodée. La canule permet de constater nettement l'existence d'un éperon au fond de l'utérus. La corne droite semble plus développée que la gauche.

A partir de ce moment, la température est restée normale et la femme a quitté le service le 6 janvier, très bien portante.

OBSERVATION XXV

Relevée dans la thèse de MOTHE, rapportée par FOURNIER

Le 17 septembre 1909, le docteur X nous amenait une malade auprès de laquelle l'avant-veille il avait été appelé d'urgence pour des hémorragies utérines accompagnées de troubles péritonéaux graves.

Par le toucher et le palper combinés, il pensa qu'il s'agissait fort probablement d'une grossesse extra-utérine de quatre mois environ. Ce fut aussi l'avis d'un chirurgien qui, croyant à l'imminence d'une rupture, voulait pratiquer immédiatement la laparotomie. La malade ayant refusé l'intervention, le docteur X..., qui était partisan de l'expectative armée, refusa d'assumer à lui seul la responsabilité du traitement et nous amena la malade.

Malgré toutes les précautions prises, le voyage fut extrêmement pénible, et la malade eut quatre ou cinq syncopes. Nous la voyons pour la première fois le 17 septembre 1909, à dix heures du matin, et nous la faisons transporter aussitôt immédiatement dans une clinique, tant son état nous paraît inquiétant.

La malade étant couchée et réchauffée, nous pratiquons une piqûre de caféine et tout est préparé pour lui faire du sérum si nécessaire. Le pouls est aux environs de 100, petit mais bien frappé. La malade est toujours dans un état demi-

syncopal. De temps à autre, elle reprend connaissance, mais ne tarde pas à retomber dans son état primitif.

Cependant, ce n'est pas le faciès des grandes hémorragies intra-péritonéales, et d'emblée nous avons l'impression d'être en présence d'un de ces cas dans lesquels les hémorragies se font par petites poussées, donnant ainsi à l'opérateur le loisir d'intervenir au moment opportun.

L'abdomen tendu est extrêmement douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche, si bien que par le palper on ne peut que difficilement se rendre compte des rapports de la tumeur abdominale. Néanmoins, il semble bien qu'il y ait deux tumeurs, sinon absolument distinctes du moins différentes dans leur consistance.

Dans la région hypogastrique, tout au-dessus du pubis, et le débordant de trois travers de doigt environ, on sent une tumeur arrondie, de consistance ferme et paraissant se continuer avec une autre tumeur dans la fosse iliaque gauche. Très douloureuse à la pression et contrairement à la première de consistance presque élastique.

Par la percussion, on délimite à peu près exactement le contour de ces deux tumeurs, mais nous ne trouvons pas le moindre signe d'épanchement péritonéal et la ligne de matité demeure invariable, quelle que soit la situation donnée à la malade. Pour le moment, nous ne pratiquons pas le toucher. Le docteur X... demeure auprès de sa cliente de façon à parer à toute éventualité. La malade est revue le soir à 4 heures; nous procédons aussitôt à son interrogatoire. Il y a trois ans. cette malade a eu une grossesse terminée par un accouchement régulier et à terme d'un garçon bien portant pesant 4 kgs 500. Suites de couches normales.

Grossesse actuelle, règles disparues depuis le 20 mai 1909. Une semaine après, elle a éprouvé les premiers symptômes de sa grossesse, vomissements et perte de connaissance plu-

sieurs fois par jour. Bientôt, survinrent d'abondantes hémorragies qui durèrent quinze jours, malgré tous les traitements mis en œuvre. Fin juin, la malade quitte Paris et part pour Bordeaux. Elle souffrait toujours du ventre et perdait un peu de sang.

Fin juillet, nouvelles douleurs et nouvelles hémorragies, tort abondantes. A cette époque, la malade a remarqué dans le liquide de l'injection des débris membraneux et de volumineux caillots.

Fin août, la malade est à Montauban où elle séjourne jusqu'au 8 septembre.

Un gynécologue est appelé en consultation et porte le diagnostic de salpingite gauche du volume d'une noix. Sous l'influence du repos et d'un traitement bien dirigé, les phénomènes douloureux s'amendent, et les hémorragies cessent. Quelques jours après, à la suite d'une violente émotion, vomissements de sang et nouvelles hémorragies utérines.

Le 9 septembre, la malade quitte Montauban et c'est quelques jours après que le docteur X... eut l'occasion de la voir.

Depuis le matin, l'état général s'est sensiblement amélioré ; la malade a pu répondre facilement à toutes nos questions et les violentes douleurs ressenties dans la fosse iliaque gauche se sont calmées sous l'influence de morphine et compresses laudanisées.

Nous pratiquons ensuite le palper et le toucher combinés et nous constatons qu'il s'agit non d'une grossesse extra-utérine, mais plus probablement d'une grossesse angulaire dans un utérus en auteflexion et latéro version droite.

A travers le cul de sac antérieur et se continuant avec le col, on trouve une tumeur du volume d'un utérus de deux mois et demi environ et débordant la symphyse de trois travers de doigt. Cette tumeur présente une consistance ferme mais

variable suivant qu'elle est en état de contraction ou de relâchement. Dans le cul de sac latéral gauche, mais ne faisant pas saillie, on trouve en outre une tumeur globuleuse arrondie, de consistance presque élastique, à parois plus minces et très douloureuse à la pression. Cette tumeur est rattachée à la masse médiane par une très large base d'implantation correspondant à tout le bord gauche de l'utérus et il est impossible de trouver en aucun point un sillon net de démarcation entre ces 2 tumeurs.

Nous trouvons simplement : une dépression au niveau du fond, dépression qui d'ailleurs ne tarde pas à se perdre au niveau de la face antérieure.

Pas de signe d'épanchement péritonéal. Nous avons l'impression qu'il s'agit là d'un cas de grossesse angulaire plutôt que d'une grossesse intra-utérine et nous faisons part de nos impressions à la famille. Toutefois nous formulons des réserves et décidons de revoir la malade le lendemain.

Le 18 septembre, nous pratiquons une nouvelle exploration, mais il nous est impossible de trancher la question d'une façon définitive, la tumeur bombe toujours dans le cul de sac latéral gauche.

Cependant, depuis la veille, l'état général s'est très sensiblement amélioré et le changement est si profond, que nous n'hésitons pas à attribuer les nombreuses syncopes de la veille et des jours précédents au nervosisme exagéré de notre malade. Il est manifestement évident que cette dernière exagère les signes douloureux qu'elle présente. Pas de température, pouls aux environs de 80. Aussi, nous basant sur l'ensemble de ces faits, nous décidons d'attendre avant que d'instituer une thérapeutique plus active. En attendant, la malade est soumise au traitement suivant: morphine, compresses tièdes laudanisées sur l'abdomen, matin et soir, injections vaginales tièdes.

Le 25, les phénomènes douloureux s'étant amendés la malade nous demande de la faire transporter à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. CHAMAYON.

Nous revoyons la malade quelques jours après. Le ventre est devenu plus souple, moins douloureux, et cette fois par le toucher et le palper combinés, il semble bien qu'il s'agit d'une grossesse angulaire, on trouve dans le cul de sac antéro- latéral gauche, une tumeur mollasse, pâteuse, un peu douloureuse à la pression, cette tumeur paraît en cacher une seconde médiane moins accessible au palper et de consistance plus ferme. D'ailleurs, ces deux tumeurs semblent bien n'en former qu'une, ce que nous pûmes facilement constater sous chloroforme. Déjà à cette date, fin septembre, la tumeur était devenue beaucoup plus régulière et l'on n'avait plus la sensation que nous avons eue le 17 septembre.

Quelques jours après, la malade était évacuée dans le service du Professeur AUDEBERT. Pendant son séjour à la clinique la malade continua à souffrir du ventre et à perdre du sang jusqu'au 9 novembre, date à laquelle elle expulsa un fœtus de cinq mois environ. L'examen du délivre, fort incomplet d'ailleurs, montra l'existence d'une endométrite des plus caractéristiques.

OBSERVATION XXVI

DIEULAFÉ (In thèse MOTHE)

Grossesse avec fibrome angulaire. Difficulté du diagnostic.

Mort du fœtus à sept mois et demi. Accouchement provoqué.

Mme X..., 44 ans, est adressée le 19 octobre 1908 à l'Hôtel-Dieu par un médecin d'une localité voisine qui a cru devoir porter chez cette malade le diagnostic de fibrome utérin.

Un examen attentif révèle à M. CHAMAYON, alors chargé du service un utérus volumineux, débordant sensiblement la sym-

physe, mais défiguré par la présence, au niveau de la corne droite, avec laquelle elle paraît jouir d'une certaine indépendance, d'une tumeur de consistance ferme, mais de volume à peu près égal à celui de la matrice.

Cette femme souffre continuellement du ventre et des reins depuis juillet, époque à laquelle ses règles qui avaient toujours été régulières depuis vingt ans, c'est-à-dire depuis l'unique grossesse qu'elle ait eue, ont cessé de paraître.

De plus, quelques vomissements du matin coïncident avec un changement subit de son état de santé absolument parfait jusqu'ici.

Ne s'agissait-il pas d'une grossesse extra-utérine? La disposition de cet utérus augmenté de volume et un peu mou, flanqué d'une tumeur; cet arrêt brusque de la menstruation sans modifications antérieures, ces douleurs abdominales continuelles avec exacerbations intermittentes, donnant à la malade un aspect grippé, quasi péritonéal, tout cet ensemble fait émettre cette hypothèse, la dernière sans doute à laquelle pour des raisons extra-médicales, mais bien plausibles cependant (il s'agit d'une femme âgée et d'une veuve) son médecin qui la connaît de longue date aurait songé.

Bref, on arrive par un interrogatoire persuasif, à apprendre que des rapports sexuels ont eu lieu le 13 juillet. On décide alors d'intervenir.

Dès le 31 octobre, laparotomie pratiquée par M. CHAMAYON. On voit alors que l'utérus et la tumeur sont solidaires formant une masse unique dont l'aspect rouge, uniforme, ne laisse aucun doute sur le caractère de gravidité de l'organe ; de visu, le diagnostic de grossesse extra-utérine est abandonné, pour celui de grossesse angulaire.

Le 4 Décembre, la malade enceinte de cinq mois, passe à la maternité. M. GILLES l'observe désormais. On peut résumer ainsi l'histoire de cette grossesse. Elle fut des plus pé-

nibles, marquée par des douleurs abdominales permanentes avec irradiation dans la région lombaire et les membres inférieurs mettant la patiente dans l'obligation absolue de garder le lit.

A de très rares intervalles seulement, elle pouvait se lever mais en traînant les pieds à la façon d'un paralytique, dans l'attitude penchée, les mains ramenées en avant du corps, soutenant le ventre. Jamais d'albumine.

Quant à l'utérus, il se développait d'une manière régulière, entraînant dans son mouvement ascensionnel la tumeur dont le volume demeurait au contraire stationnaire.

La mensuration pratiquée, à plusieurs reprises, a toujours indiqué 12 centimètres de diamètre de l'extrémité libre de la corne saillante au sillon de séparation.

Fœtus en OIGT, bruits du cœur bien frappés.

Malgré son état, la femme menait sa grossesse d'une façon à peu près normale.

Lorsque dans les premiers jours de Mars sans modification du côté du col, un écoulement sanguin se produit ; le 15, nouvelle perte également peu abondante.

Puis le 26 du même mois, les mouvements actifs cessent d'être perçus.

L'auscultation négative à partir de ce jour permet de confirmer la mort du fœtus. L'état de la malade restant toujours précaire, on décide de provoquer l'accouchement à la fois et pour mettre un terme aux souffrances de la mère et pour extraire l'œuf, devenu maintenant simple corps étranger.

On interviendra le 31 Mars : hauteur utérine 32 centimètres ; distance du pubis à la corne gauche, 32 centimètres ; à la corne droit, siège de la tumeur : 30 centimètres.

A midi à travers le col entr'ouvert, mais qui a encore toute sa hauteur, introduction de l'écarteur de TARNIER, dont les branches extérieures sont progressivement rapprochées dans les heures qui suivent.

Les contractions douloureuses survenues vers midi et demi, se rapprochent de plus en plus intenses.

A cinq heures du soir, l'écarteur est enlevé et c'est par la méthode de BONNAIRE qu'on tâche de compléter la dilatation. On arrive à sept centimètres environ, mais la dilatabilité du col ne paraissant pas suffisante, la basiotripsie est pratiquée sans difficulté.

Fœtus macéré, poids 1 kg. 880, sans substance cérébrale.

GILLES fait lui-même la délivrance artificielle afin de se rendre compte de la disposition qu'affecte la cavité utérine dans la région correspondante à la corne droite. Il n'existe pas de trace de diverticule se rendant dans cette corne, la saillie volumineuse que fait cette dernière est constituée par un énorme îlot fibromateux.

Suites normales. Les douleurs disparaissent et la malade complètement rétablie nous quitte le douzième jour du post-partum.

Dans cette observation, on voit les différents diagnostics qui ont été portés :

d'abord, fibrome.
puis grossesse extra-utérine,
puis grossesse angulaire,
enfin grossesse normale avec fibrome angulaire.

Peut-être le diagnostic n'a pas été établi d'une façon bien rigoureuse.

Lorsque le ventre fut ouvert et qu'on eut l'utérus sous les

yeux, un examen plus attentif eut peut-être permis de reconnaître un fibrome.

Puis, lorsque la grossesse évolua et dépassa le quatrième mois, sans que la tumeur se fondit ou changeât de forme et dimension, on aurait pu encore éliminer presque à coup sûr la grossesse angulaire (on aurait pu rechercher le signe suivant : indiqué par BUDIN : mobiliser le fœtus ou faire en sorte d'amener une de ses extrémités dans la tumeur. Y réussit-on ? C'est qu'il s'agit alors d'une corne utérine et non d'une tumeur).

Mais fort du diagnostic *de visu* fait sur la table d'opération. GILLES se contenta de trouver fort bizarre cette évolution; aussi voulut-il, lui-même faire la délivrance et, *de manu*, se rendre compte de ce qu'il en était.

OBSERVATION XXVII

DIEULAFE (In Thèse MOTHE)

Grossesse angulaire dans un utérus en latéro-torsion droite.

Laparotomie.

Femme de 40 ans, tertipare ; grossesses antérieures normales. Examinée le premier Novembre 1908 ; à ce moment la grossesse est de 3 mois. La malade se plaint de faiblesse générale, de pâleur, troubles digestifs, amaigrissement, pertes glaireuses et augmentation du volume du ventre. A l'examen, on trouve le col utérin déchiré et granuleux ; l'ensemble de l'utérus est mobile, peu augmenté de volume. A gauche on trouve une tuméfaction grosse comme deux poings nettement fluctuante, mate et paraissant totalement indépendante. La malade affirme nettement n'avoir présenté aucun des symptômes des grossesses antérieures. La tuméfaction se sent dans le cul de sac latéral gauche, avec des zones irrégulières d'induration. Le col utérin vu au spéculum est rouge, enflammé, ulcéré et déchiqueté.

Les symptômes objectifs relevés du côté de l'utérus et des annexes gauches avec enkystement du liquide correspondant dans cette région, joints à l'amaigrissement signalé par la malade et l'absence de tous les symptômes subjectifs observés dans le cours des grossesses antérieures, feraient croire à des lésions bacillaires gauches avec peut-être des lésions de même nature sur l'utérus.

Cependant l'aménorrhée chez cette femme qui n'a jamais été mal réglée, fait songer plutôt à une grossesse extra-utérine. Néanmoins, le médecin traitant fit un écouvillonnage suivi de badigeonnage intra-utérin à la glycérine créosotée et met des tampons vaginaux de glycérine ichtyolée. Celà dura 15 jours et la malade n'éprouva aucun symptôme facheux.

Pendant 2 mois environ, la malade reste sans se faire examiner ; ce n'est qu'en janvier 1909 qu'elle revint se plaignant de douleurs abdominales localisées à l'hypogastré. Ces douleurs sont très vives et l'obligent à se coucher.

Un nouvel examen permet alors de reconnaître l'existence d'un fœtus ballottant dans la cavité abdominale et absolument indépendant de l'utérus. Le diagnostic de grossesse extra-utérine est affirmatif et on reconnaît que le fœtus est à droite de l'utérus : le kyste fœtal et l'utérus paraissent bien indépendants l'un de l'autre. D'ailleurs la malade se plaint de douleurs abdominales de plus en plus vives ; elle est même obligée de s'aliter plusieurs jours.

Nouveau cathétérisme intra-utérin : l'hystéromètre entre sans difficulté ; la cavité utérine après cet examen a 8 centimètres. Par cainte de rupture du kyste fœtal l'intervention est décidée.

Laparotomie : on trouve une grossesse utérine. Voulant voir les annexes et le corps utérin on soulève l'utérus. Il s'offre sur la ligne médiane par son bord gauche ; il y a latéro torsion droite. La trompe du côté gauche est insérée au point

culminant de la tumeur ; la droite est insérée à peu près à moitié distance du cul de sac vaginal droit et du fond de la matrice : c'étaient l'angle gauche et le fond de l'utérus correspondant qui avaient fourni l'ampliation. L'utérus est remis en place normale et la paroi refermée par trois plans de suture. Quelques heures après la malade éprouve des douleurs et on constate un début de travail. Le fœtus s'engage descend, aucun des signes précédents ne se retrouve, plus d'indépendance entre le kyste et l'utérus.

12 heures après l'opération les bruits du cœur n'étant plus perceptibles on fait de la dilatation digitale ; on ménage la poche des eaux puis, pour accélérer on la rompt et on applique un forceps. Extraction d'un fœtus de 7 mois environ mort. Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XXVIII

Dieulafe (In Thèse Mothe)

Grossesse angulaire et tumeur ovarienne. Avortement.

Femme de 30 ans, secondipare. Première grossesse normale. Souffre du ventre depuis 5 à 6 mois. Depuis 2 mois absence totale de règles et durant cette dernière période, douleurs abdominales plus violentes ; tout récemment elle a eu une violente crise de douleurs avec phénomène de météorisme abdominal, vomissements, grande faiblesse générale. La malade est examinée quelques jours après cette crise ; on trouve dans le cul de sac droit une tuméfaction dure occupant tout le cul de sac et paraissant faire corps avec l'utérus. On décide de pratiquer une colpotomie, croyant bien avoir affaire à une grossesse éctopique rompue. L'incision du cul de sac de Douglas amène sur une tumeur de forme arrondie à contour lisse à surface nacrée mobile indépendante de l'utérus paraissant en relation avec les annexes du côté droit ; on porte le diagnostic de fibrome de l'ovaire. Cette tumeur étant trop volumineuse pour être extraite par l'incision du cul de sac posté-

rieur on referme ce cul de sac et on se propose de pratiquer plus tard une intervention abdominale.

Pendant même l'anesthésie l'utérus est exploré : il ne paraît pas augmenté de volume sauf dans sa partie supérieure droite qui paraît se continuer avec la tumeur. La cavité utérine cathétérisée est de dimensions normales. Les suites opératoires de cette intervention exploratrice furent très simples et la malade vite remise ; mais ses douleurs adbdominales continuèrent et l'aménorrhée persista. De 2 mois la malade n'est pas revenue. Par correspondance on décide pour mi-avril la date de l'opération. Or l'avant-veille du jour choisi il y a expulsion d'un fœtus de 1 mois et demi environ.

Comme signes de grossesse il y a eu seulement aménorrhée. La grossesse, venue se surajouter à la tumeur était passée inaperçue, même après examen pratiqué sous chloroforme et cathétérisme. On ne peut donc admettre que l'existence d'une grossesse angulaire.

Il faut ajouter qu'entre l'opération de la colpotomie et le jour de l'avortement il s'écoula 2 mois pendant lesquels aucun examen ne fut pratiqué ; peut-être alors aurait on pu obtenir des indications objectives alors que deux mois auparavant, c'est à dire que pour une grossesse de 2 mois et demi il avait été impossible de rien déceler. La laparotomie fut pratiquée : une volumineuse tumeur de l'ovaire droit fut extirpée et l'ovaire gauche qui était sclérokystique fut enlevé; l'utérus qui était en avant de la tumeur paraissait normal. Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XXIX

DAVERNE (*Revue de Gynécologie Obstétrique et de Pédiâtrie* Janvier 1914.)

Grossesse angulaire: avortement de 5 mois; enchatonnement du placenta.

Le 28 avril dernier, je fus appelé auprès d'une femme en travail d'avortement, me disait-on. Cette femme perdait du

sang en assez grande quantité depuis le 6. A l'examen physique, elle est malingre, exposée d'ailleurs par sa profession de repasseuse à l'intoxication oxycarbonnée chronique. Elle a un passé pathologique très chargé. Agée de 26 ans, elle a eu une enfance pénible; a marché tard (trois ans et demi), a fait dans ses premières années une varicelle, puis une rougeole, à la suite de laquelle se sont développées des adénites. A 10 ans, fièvre typhoïde, plus tard à 18 et 23 ans des crises de rhumatisme articulaire aigu. Il en reste un souffle systolique à la pointe, qui se propage vers l'aisselle. Son poumon gauche est au moins douteux. Les premières règles n'apparurent qu'à 18 ans. Mariée à 21 ans, elle eut, dix mois après, un enfant encore vivant paraissant bien portant quoique adénoidien. A 24 ans, elle fit une fausse couche de cause inconnue. Il n'y a pas de signes de spécificité. Depuis cette fausse couche, les règles durent huit à dix jours et sont très abondantes. A l'intervalle, beaucoup de pertes blanches tachant le linge dues selon toute vraisemblance à de l'endométrite gonococcique.

A l'examen, le 28 avril, la malade déclare outre les particularités précédentes, que ses dernières règles datent du 21 novembre 1912. Elle est donc enceinte de quatre mois et demi. Elle m'appelle parce qu'elle perd et souffre du ventre depuis le commencement du mois. A l'inspection, le ventre est un peu volumineux et on ne remarque pas, dans sa forme ou dans son volume rien de particulier. La palpation donne des indications qui précisent les données de l'inspection. Elle fait percevoir une tumeur de forme irrégulière. Sur la ligne médiane, cette tumeur est relativement dure, régulière et remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A gauche, rien de particulier. Mais à droite on sent une masse mollasse beaucoup moins dure que la précédente, que l'on mobilise et qui ne paraît pas faire corps avec la précédente. De plus, cette masse donne l'impression d'être anté-utérine et de se placer immédiatement derrière la paroi. Le toucher précise les données du palper. Les deux mases n'en font qu'une constituée

par l'utérus. Il n'y a pas de délimitation nette et, de plus, on sent une contraction utérine qui se propage à la masse latérale. Celle-ci ne peut donc appartenir qu'à l'utérus seule tumeur contractile. Ce point me parut devoir fixer le diagnostic. De plus, la masse qui paraissait juxta-utérine et qui, en réalité, faisait partie de l'utérus, étant en avant de lui ne pouvait être qu'une corne gravide.

L'auscultation est négative; pourtant, à cette date, il y avait encore un fœtus qui devait être encore vivant.

Les seuls diagnostics qui eussent pu se poser étaient la grosse ectopique et la grossesse angulaire. Or, M. Bar a démontré que, dans de telles éventualités, l'erreur peut être évitée en tenant compte de la situation du ligament rond (en dedans de la tumeur tubaire) et en constatant que le sillon de séparation entre l'utérus et la tumeur tubaire n'existe pas, au moins aussi marqué, entre la masse formée par la corne gravide et le corps utérin, en précisant la situation de la tumeur tubaire qui est généralement en arrière de l'utérus, tandis que la corne gravide est très élevée et située sur le côté de la partie vide du corps utérin.

Comme traitement: repos au lit, lavements opiacés on se borne, en somme, à surveiller les événements. Etat stationnaire jusqu'au 9 mai. Dans la nuit du 9 au 10 mai, se déclanche un travail d'avortement. Vers 7 heures 30, j'extrais un fœtus mort, dont le revêtement épidermique décollé par places et semé de bulles donne l'impression que la mort remonte à quatre ou cinq jours. La délivrance ensuite se fait attendre: au bout d'une heure ne voyant rien venir, je fais un toucher intra-utérin. Je ne trouve rien dans la cavité utérine, la première masse de tout à l'heure, mais me guidant sur le cordon j'arrive à une sorte de pertuis dont l'ouverture ne laisse passer que difficilement l'index, pertuis qui communique avec la seconde masse formant comme une arrière cavité où va se loger le délivre. Il y avait un enchatonnement du placenta dû à la nidation primitive et défectueuse de l'œuf dans la corne droite.

Or, il y a une corrélation entre la nidation de l'œuf dans la corne utérine et l'enchatonnement du placenta dans cette zone. Il y a, dans ces cas, un véritable appel à une onde de contracture qui détermine l'incarcération placentaire dans la corne gravide. C'est là un des dangers de la grossesse angulaire qui favorise la rétention du délivre. Dans le cas particulier, la délivrance artificielle n'offrit aucune difficulté. Les suites furent simples sans ascension thermique, malgré que le milieu où se fit cet avortement fût plutôt suspect, en ce qui concerne l'asepsie; la femme reprit sa vie normale au bout de quinze jours.

OBSERVATION XXX

DOUAY et ROCHAT (*Gynécologie et Obstétrique*, 1923)

Mme A... M..., 20 ans. Pas d'enfant ni de fausse-couche.

La malade entra dans le service le 31 décembre 1921, avec le diagnostic de grossesse tubaire au début.

Dernières règles le 10 octobre 1921. Normales.

Depuis lors, la malade n'a plus ses règles; cependant, elle a eu à deux reprises de petites pertes de sang. La première, le 10 novembre; la seconde, le 15 décembre. Ces pertes ont duré une dizaine de minutes; elles n'étaient pas douloureuses.

Depuis la fin d'octobre: vomissements assez fréquents suivant immédiatement les repas.

A l'examen, le col est un peu mou; le fond de l'utérus est un peu dévié à droite. On sent sur la corne gauche une masse arrondie assez molle, indolore présentant une mobilité relative sur l'utérus lui-même qui est dur et contracté.

L'utérus est parfaitement mobile et la masse latérale suit les mouvements imprimés au corps utérin. On pense alors à une grossesse angulaire. Un toucher, fait le lendemain, per-

met de trouver les modifications suivantes: la masse latérale est dure et contractée, le corps utérin est, par comparaison, plus mou que la masse latérale: cette constatation nous permet d'affirmer le diagnostic de grossesse angulaire.

La malade sort de l'hôpital le 7 janvier 1922, avec le conseil de revenir à la consultation.

Elle est revenue plusieurs fois et l'examen a permis de constater que l'utérus reprenait peu à peu la forme normale d'un utérus gravide: au quatrime mois, il n'était pas encore tout à fait arrondi.

La grossesse a évolué normalement, et l'accouchement s'est produit sans difficulté le 16 juillet 1922.

OBSERVATION XXXI

DOUAY et ROCHAT (*Gynécologie et Obstétrique*, 1923)

Mme K.., trente-deux ans. Pas d'enfant. Dernières règles 1er juin 1921, ne durant que deux jours, puis arrêt. Au début de juillet, pas de règles.

Elle part au bord de la mer et, pendant le voyage perd un peu de sang. Son séjour est troublé par un état nauséeux et de fatigue générale. A la fin de juillet, après un bain de mer, la malade ressent une douleur dans le bas-ventre et perd un peu de sang noir.

Le 20 août, nouvelle douleur dans le bas-ventre à gauche, suivie de la perte de quelques caillots.

La malade se couche. Le Premier Septembre, elle rentre à Paris et voit son médecin (Docteur R.) qui pense à une grossesse extra-utérine avec petite hémorragie à gauche. L'un de nous est appelé en consultation le 10 septembre, pour juger de l'opportunité d'une laparotomie.

Au toucher, le col est mou: c'est un col de grossesse.

Le corps de l'utérus est gros sans cependant représenter une grossesse de trois mois; à gauche, immédiatement au-dessus et en dehors de lui, on sent une masse pâteuse, arrondie, indolore, avec une partie plus dure et très sensible placée plus en dehors et en arrière.

Cette masse latéro-utérine paraît être une grossesse tubaire en évolution ayant, en arrière d'elle, un gros ovaire congestionné et sensible. Rien dans le Douglas.

A un toucher plus attentif, on remarque que le fond de l'utérus ne se sépare pas nettement de la masse latéro-utérine; il n'y a pas d'encoche nette mais plutôt une différence de consistance, plus ferme sur l'utérus, moins sur la base latérale. L'utérus lui-même est un peu globuleux, son fond n'est pas perçu avec netteté, il se continue obliquement avec la masse latérale. Celle-ci suit les mouvements imprimés à l'utérus.

En somme, j'hésite et je me demande s'il ne s'agit pas d'une grossesse angulaire. Après quelques instants d'examen, cette impression est si nette que, malgré l'attente du médecin traitant et de la famille qui est préparée à l'idée de l'opération, je préfère m'abstenir.

Aucun signe grave ne nous force à intervenir d'urgence. En cas d'aggravation subite, toute disposition est prise pour pouvoir opérer rapidement et je conseille à la famille d'attendre quinze jours, l'époque présumée des règles, pour faire un nouvel examen et prendre une détermination définitive.

Je n'ai pas revu la malade. Quelques jours après, la famille, à l'insu du médecin traitant, faisait venir un autre chirurgien. Elle fut opérée d'urgence. On reconnut un utérus gravide. On fit l'ablation de l'ovaire gauche congestionné et gros.

La grossesse continua.

Mme K... a accouché normalement, le 10 janvier 1922, d'un enfant bien portant.

OBSERVATION XXXII

MM. AUDEBERT et DAMBRIN (*La Gynécologie*, p. 686 1923)

Grossesse angulaire

Une femme de 37 ans, ayant eu quatre enfants, a eu ses règles pour la dernière fois du 20 au 30 juillet. Vers le 10 septembre, hémorragie durant jusqu'au début d'octobre.

L'examen montre une tumeur médiane dure, de la grosseur d'une orange, portant à droite et en haut une excroissance de même consistance et de la dimension d'un œuf. Les deux masses sont unies l'une à l'autre.

Ne trouvant aucun signe de grossesse, on fait le diagnostic de fibrome utérin. A un dernier palper sur la table, on s'aperçoit que l'utérus qui l'avant-veille, avait les caractères décrits ci-dessus, a pris une forme ovoïde et médiane, une consistance uniformément molle. Les douleurs et les pertes ont également cessé.

La malade est mise au repos, puis renvoyée chez elle. Six mois plus tard, elle accouchait.

OBSERVATION XXXIII

MM. AUDEBERT et DAMBRIN (*La Gynécologie*, p. 687, 1923)

Une femme de 32 ans, ayant eu quatre enfants, réglée pour la première fois à 18 ans, vint accoucher à terme en août 1914; dernières règles du 27 décembre au 3 janvier 1922. Depuis cette époque, leucorrhée abondante; pertes rouges en février, mars, avril. On constate, le 17 mai, une tumeur fortement déviée vers la droite, la moitié gauche de l'hypogastre était absolument libre. Auscultation positive.

A l'examen, le corps utérin s'infléchit directement à droite et occupe tout le cul de sac. Entre le col et le corps existe un sillon.

L'examen révèle la présence d'un corps solide flottant dans un milieu liquide (choc fœtal).

Le 20 mai, elle ressent les premiers mouvements actifs; le 21, la malade a beaucoup souffert.

A l'examen, la tumeur latérale droite n'est plus accessible par le vagin et le palper hypogastrique révèle que la tumeur s'est redressée et fait une saillie qui remonte dans le flanc gauche jusqu'à hauteur de l'ombilic.

Au diagnostic; une grossesse angulaire.

Quelques jours après, la malade expulse deux œufs complets, ce qui nécessite un curettage.

OBSERVATION XXXIV

MM. Jacques-Charles Bloch et Ch. Miraillié

(*Bul. et Mem. Soc. Anat. de Paris*, 1924, XCIV, p. 383)

Grossesse angulaire rompue avec présentation de pièces.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, ayant déjà eu quatre grossesses normales. Après un retard de règles d'une semaine, la malade a fait une hémorragie abondante de sang rouge pertes du 6 au 23 juin, avec métrorragie très abondante le 21 et pertes roussâtres le 22 et le 23. Le 24, la malade ressent une douleur très vive dans le bas-ventre qui se calme en deux heures, puis une nouvelle douleur le 25. Lipothymie.

Le 26, elle entre dans le service, avec un ventre ballonné, ne se fixant pas. A l'examen, hyperesthésie cutanée, grosse tuméfaction du Douglas très douloureuse; malade pâle, au pouls rapide et petit. A l'ouverture de l'abdomen: un caillot de 3 à 400 grammes emplissant le Douglas et repoussant en haut les anses grêles. Ablation de la trompe droite avec résection cunéiforme de la corne droite. Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XXXV

MM. GUYOT et MAILHE (*Bul. de Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1926, page 449.)

Grossesse développée dans une corne utérine.

La pièce présentée a été enlevée le 27 avril 1926 par M. le Professeur GUYOT sur une femme, Mme L..., âgée de 30 ans, modiste entrée le 30 mars 1926, dans le service, pour des pertes sanguines, peu abondantes, mais continues.

Règles régulières, non douloureuses, durant cinq à six jours jusqu'en 1924. Depuis cette époque, elles ne durent plus. Elle a fait, il y a sept ans, une grossesse normale. Accouchement sans incident, enfant actuellement en bonne santé.

Depuis, pertes blanches peu abondantes.

Histoire de la malade. — D.R. du 15 au 20 décembre 1925 le mois suivant les seins ont augmenté de volume et sont devenus douloureux, elle a vomi le matin. Le 20 mars 1926, sans cause, elle a perdu les eaux, puis un liquide roussâtre, dont l'écoulement a duré jusqu'au lendemain, pas de caillots, pas de membranes. Elle n'a pas souffert. Dans les jours qui ont suivi, le bas-ventre est devenu douloureux à la palpation en même temps a commencé l'écoulement de sang qui l'a amenée dans le service.

Examen (31 mars 1926. — La paroi abdominale était soulevée entre l'ombilic et l'arcade crurale droite. A la palpation, on sentait une masse siégeant dans la fosse iliaque droite, dont le fond remontait jusqu'à l'ombilic. Au toucher, un col mou, dans le cul de sac, une masse non douloureuse. L'utérus mobile paraissait gros et allongé, vers la fosse iliaque droite.

Opération, le 17 avril 1926.

Dès le ventre ouvert on aperçoit une tumeur bilobée .for-

mée par un utérus augmenté de volume et une deuxième poche siégeant à droite, accolée à l'utérus se présentant avec des parois très vascularisées et amincies, ayant l'aspect d'une grossesse développée dans une corne utérine. Dans le Douglas, on trouve des formations kystiques, inflammatoires. Hystérectomie sub-totale. On enlève l'appendice manifestement malade. Suites opératoires normales. La malade quitte le service le 8 mai 1926.

Discussion. — M. GUYOT: J'avais pensé à une grossesse extra-utérine ou à une grossesse avec fibrome, non à une grossesse angulaire. En raison de la distension de la corne utérine qui menaçait de se rompre, avec un œuf ouvert, je décidai l'hystérectomie.

OBSERVATION XXXVI

MM. L. MICHON et R. LABRY (*Lyon Médical* 9 mai 1926.)

Grossesse angulaire simulant une grossesse tubaire, mais diagnostic exact porté en clinique.

M... I.., 30 ans, domestique chez un médecin, qui l'envoie d'urgence à l'hôpital pour une grossesse tubaire. La malade présentait un retard de règles net.

Il existait des douleurs abdominales, sous forme de coliques intermittentes. Pas de crise véritable.

Examen en janvier 1924: précise des signes de grossesse nette, collostrum au niveau de seins. *Au toucher:* col ramolli et gros utérus. On perçoit, en outre, une masse du volume d'une mandarine juxta-utérine, en imposant pour une masse annexielle.

Mais, au cours de l'examen, on sent nettement des contractions utérines, qui solidarisent cette masse droite à l'utérus, si bien que le diagnostic de grossesse angulaire est envisagé. Surveillance.

En février 1924: dix jours plus tard même examen.

En mars 1924, la masse droite a disparu, utérus gravide normal.

Plus tard, accouchement à terme et enfant vivant.

OBSERVATION XXXVII

MM. L. MICHON et R. LABRY (*Lyon Médical*, 9 mai 1926)

Fibrome de la corne utérine simulant cliniquement une grossesse ectopique et, pendant l'intervention, une grossesse angulaire.

M... X..., 30 ans, douleur abdominale et pertes rouges. Signes douteux concernant règles et seins.

Au toucher: masse droite paraissant juxta-utérine, diagnostic porté: grossesse tubaire.

Intervention, décembre 1925. Laparotomie. On découvre un utérus un peu gros, mais normal, sauf au niveau de sa corne où il existe une tuméfaction volumineuse, arrondie, qui en impose au palper pour une grossesse angulaire. Cependant, un doute subsiste.

L'examen des ovaires ne révèle pas de corps jaune de la grossesse, on fait alors une ponction de la masse qui reste négative.

On se décide alors pour une incision exploratrice. Il s'agit, en réalité, d'un fibrome mou de la corne utérine.

Ablation, suites simples.

OBSERVATION XXXVIII

MM. L. MICHON et R. LABRY (*Lyon Médical*, 9 mai 1926)

Laparotomie. Contrôle opératoire. Grossesse normale dans la suite.

M..., B... 35 ans, antécédents: un enfant et une fausse cou-

che. Retard des règles de deux jours, puis après nouvel arrêt; se met à perdre régulièrement (pertes brunes), quelques douleurs avec vomissements, pas de gros orage péritonéal. Au toucher, masse para-utérine du volume d'une noix; rien à gauche.

Intervention le 22 avril 1923. Incision de PFAMMENSTIEL. On trouve un liquide séreux intra-péritonéal. Utérus gravide de deux mois environ, asymétrique avec corne droite volumineuse. Les annexes sont saines. Fermeture. Suites simples. Grossesse ultérieure et accouchements normaux.

OBSERVATION XXXIX

MM. L. MICHON et R. LABRY (*Lyon Médical*, 9 mai 1926)

Fausse couche provoquée. Contrôle par un curage.

M... G..., 27 ans, entre dans le service le 12 décembre 1925, avec le diagnostic de grossesse tubaire gauche.

Multipare, trois enfants, plusieurs fausses couches. Règles normales, en septembre, en octobre, seulement quelques pertes rougeâtres. Depuis cette date, augmentation du volume des seins et collostrum. Douleurs abdominales et pertes chocolat le 15 novembre.

Examen: le 27 novembre 1925: toucher: col fermé, gros utérus dur, masse annexielle gauche molle et douloureuse.

Le 10 décembre 1925: crise abdominale violente avec vomissement, toucher *idem*.

Dans la nuit du 11 décembre, fausse couche. Fœtus de deux mois et demi environ.

Le 12 décembre on pratique sous anesthésie générale une vérification intra-utérine. On trouve un fragment placentaire incarcéré au fond de la corne gauche. Décollement, curage.

La malade avoue avoir pris une injection intra-utérine dans un but abortif.

OBSERVATION XL

MM. L. MICHON et R. LABRY (*Lyon Médical*, 9 mai 1926)

Grossesse angulaire simulant une grossesse tubaire ou une annexite. Contrôle clinique. Fausse couche.

N... Marie, 27 ans, est envoyée d'urgence dans le service pour grossesse extra-utérine ou annexite droite, en raison d'une masse para-utérine. Long passé génital infectieux. Arrêt des règles depuis deux mois.

Pertes blanches abondantes. Douleur abdominale vive. Quelques pertes brunâtres récentes.

28 octobre 1925, au toucher: col conique ramolli. Le fond utérin globuleux surmonte un isthme assez long et atteint presque l'ombilic. La masse latérale droite a complètement disparu. Le 5 novembre, la malade quitte le service; grossesse normale.

17 novembre 1925, on apprend qu'une fausse couche s'est produite à cette date.

OBSERVATION XLI

MM. L. MICHON et R. LABRY (*Lyon Médical*, 9 mai 1926)

Grossesse angulaire simulant une grossesse tubaire. Expectative: contrôle clinique. Fausse couche, Curage.

G... Gabrielle, 28 ans entre dans le service le 4 décembre 1924, pour crises douloureuses abdominales.

Il existe un arrêt des règles datant de deux mois, brusquement deux jours avant son entrée, la malade eut une douleur abdominale subite étant accompagnée de nausées et de coliques du type expulsif (elle les compare aux douleurs de l'accouchement au cours d'une grossesse antérieure) ;en même

temps, la température s'est élevée à 37,5-38. La malade aurait eu une crise lipothymique.

A l'examen, on note (5 décembre) : collostrum net au niveau des seins. Abdomen souple, un peu météorisé.

Toucher: col ramolli et entr'ouvert, l'utérus est un peu gros et rétroposé. On sent nettement dans le cul de sac latéral gauche une tuméfaction mal limitée, pâteuse.

On pose le diagnostic de grossesse tubaire probable, cependant il y a un léger doute. On décide d'attendre en surveillant.

Le 8 décembre, quelques petites pertes rouges, toucher: col ramolli et entr'ouvert.

Le 12 décembre, nouvelles pertes avec caillots; au toucher: utérus gravide dépassant de deux travers de doigt la symphyse, globuleuse, régulier; col ramolli.

La masse perçue auparavant à gauche a disparu les annexes sont normales.

Le 15 décembre, fausse couche, curage digital, suites normales.

OBSERVATION XLII

MM. Cool de Carrera, R. Baitle et Bourguet
(*Bulletin Montpellier Médical,* Juillet 1932)

Un cas de grossesse angulaire: enchatonnement du placenta dans une corne utérine.

Henriette B..., 36 ans, entre dans le service de gynécologie le 22 août 1931. Il s'agit d'une grande multipare ayant eu cinq grossesses successives: les trois premières se sont terminées à terme, mais des trois enfants qui naquirent, le deuxième est mort de broncho-pneumonie à un an et des autres, le premier placé dans un préventorium et le troisième est traité dans un sanatorium pour une tuberculose ganglionnaire.

La deuxième grossesse s'est prématurément interrompue par l'expulsion d'un enfant mort et la dernière par un avortement suivi d'un curettage pratiqué en novembre 1928 dans le service du Professeur FORGUE.

Depuis cette époque, la malade était régulièrement réglée, mais les pertes très peu abondantes ne duraient pas plus de vingt-quatre heures, s'accompagnant de douleurs parfois violentes. A partir du 25 avril: n'a plus eu ses règles, et grande multipare qui s'observe, elle a mis cette absence sur le compte d'une grossesse à son début. En juillet, en pleine aménorrhée, survinrent des douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, obligeant la malade au repos absolu et un médecin consulté porta le diagnostic de kyste de l'ovaire. La malade vomit et persiste à penser qu'elle est enceinte.

A son arrivée dans le service de gynécologie, la malade perd abondamment depuis trois jours et accuse de violentes douleurs de la fosse iliaque droite, s'irridiant dans le bas-ventre. Au palper, on délimite une tumeur mollasse, en situation médiane, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le toucher combiné permet d'affirmer que cette masse fait corps avec l'utérus dont elle n'est séparée par aucun sillon. Le col est ramolli et les culs de sac sont libres.

La malade est alors adressée à la maternité où elle se présente à la consultation du 24 septembre. Elle souffre encore, mais ne perd plus.

On constate alors la présence de cette tumeur irrégulière et asymétrique développée au niveau de la corne droite de l'utérus, donnant à celui-ci une forme bilobée, en brioche, le déformant comme une fluxion défigure la face, selon la comparaison classique de BONNAIRE.

Au toucher, le col est ramolli à son extrémité et le signe de NOBLE n'est pas perceptible. L'ensemble de ces signes physiques permet de rejeter le diagnostic de grossesse extra-utérine et de poser celui de grossesse angulaire.

On conseille à la malade un repos aussi complet que possible.

Un nouvel examen est pratiqué un mois après et on constate alors que la forme utérine se modifie et que la tumeur angulaire tend à s'effacer au profit de la masse utérine. La hauteur au-dessus de la symphyse est de 20 centimètres et les bruits du cœur sont perceptibles. Les douleurs persistent encore.

Un troisième examen est encore pratiqué le 19 novembre. L'utérus a repris sa physionomie normale; sa hauteur de 24 centimètres permet de penser à une grossesse d'environ six mois, en accord, semblet-il, avec la date des dernières règles fixées au 25 avril. Les douleurs ont disparu depuis deux semaines.

La malade est alors perdue de vue jusqu'au 23 janvier et arrive ce jour-là à la maternité en plein travail. La hauteur utérine est de 31 centimètres et la forme de l'organe est régulièrement ovoïde à grand axe vertical. Par le palper, on perçoit une présentation du sommet mobile en position droite. L'auscultation est négative et les mouvements actifs ne sont d'ailleurs plus perçus par la malade depuis quelques jours déjà. Au toucher, le col est effacé et dilaté comme un franc; les membranes sont intactes.

Malgré la rupture précoce de la poche des eaux à dilatation de cinq francs, le travail se poursuit régulièrement et sans histoire, se terminant par l'expulsion d'un enfant mort et macéré du poids de 2 k. 560 et de 45 centimètres de longueur. Après l'accouchement, l'utérus à la faveur de sa rétractation, reprend la forme irrégulière du début de la grossesse la corne droite demeurant dilatée et molle au-dessus de la masse utérine principale bien rétractée.

En l'absence de toute hémorragie, l'expectation est prolongée pendant une heure, au bout de laquelle on fait la délivrance artificielle.

Celle-ci confirme le diagnostic d'enchatonnement placentaire, enchatonnement partiel de la corne droite, une portion du délivre étant demeurée partiellement adhérente dans une arrière-boutique, séparée du reste de la cavité utérine par un anneau de striction qui rend la manœuvre difficile. Le placenta extrait pèse 460 grammes et, particularité intéressante, sa forme est irrégulière, festonnée il est mince, étalé, affectant le type en limande du placenta praevia.

OBSERVATION XLIII

KREIS (*Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, 1927)

La patiente entra au service en vomissant, accusant des douleurs importantes dans le bas-ventre et un retard des règles d'environ deux mois. Au niveau de la corne utérine gauche, on sentait une tumeur inséparable de l'utérus, très sensible. La femme restant alitée, pendant deux semaines, les douleurs continuèrent et la tumeur ne changeait pas de configuration. Dans l'hésitation on fit une laparotomie exploratrice. On constata une asymétrie de l'utérus marquée par la corne utérine droite, formant une tumeur de la grosseur d'une bonne noix, de consistance assez dure, assise à base large sur l'utérus. Grossesse angulaire ou interstitielle? Pas d'anneau de contraction limitant la tumeur à sa base d'insertion.

La trompe s'insérait sur le sommet et latéralement de la tumeur (asymétrie des deux trompes). Le ligament de l'ovaire se trouvait à proximité immédiate de l'insertion tubaire. Le ligament rond était latéral, en-dessous de la tumeur; on conclut à une grossesse interstitielle et l'on fit l'excision sans intéresser le ligament rond. La cavité utérine est ouverte. Suture.

La corne contient un œuf complet, avec un fœtus de 2 cm. de long. A l'examen histologique, il s'agit bel et bien d'une grossesse angulaire tapissée d'une caduque utérine dans la-

quelle prolifèrent les villosités, n'ayant pas envahi toute l'épaisseur de la muqueuse, surtout pas celle se trouvant en contact de la corne. Le canal tubaire n'est pas intéressé à la nidation et est exempt de formation déciduale.

La paroi utérine musculaire est uniformément hypertrophiée, ne présentant pas d'amincissement susceptible d'expliquer le déplacement du ligament rond, provenant d'une poussée ovulaire en avant et éloignant le ligament de la trompe.

Nous ne pouvons pas absolument exclure une malformation primitive de l'utérus, mais nous n'avons aucun indice pour y penser; nous sommes, par contre, convaincus d'avoir interrompu une grossesse angulaire, victimes de difficultés du diagnostic insurmontables dans des conditions topographiques exceptionnelles que peuvent présenter et les grossesses interstitielles et les grossesses angulaires.

En fouillant la littérature à ce sujet, notre conscience fut au moins déchargée par les indications les plus contradictoires au sujet du diagnostic différentiel.

OBSERVATION XLIV

Gestation dans un utérus malformé

DESNOYERS (*Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynécologie de Paris*, p. 142, 1928).

B.. Andrée, primigeste, sans antécédents intéressants. Nous noterons seulement qu'elle a été réglée à 12 ans et que ses règles indolores ont toujours été près peu abondantes.

Elle a eu ses dernières règles le 20 septembre 1922. En novembre, apparaissent des nausées, des vomissements et des douleurs lombaires très pénibles. Le 28 décembre, la malade très fatiguée est prise d'une douleur abdominale intense, déterminant une syncope.

Le 2 janvier nouvelle perte de connaissance. Un médecin appelé diagnostique, après examen, une grossesse ectopique et pose l'indication opératoire immédiate.

Ce n'est cependant que le 8 janvier que la malade, qui souffre de plus en plus, se décide à venir consulter à la maternité.

A l'examen: col utérin paraissant peu ramolli et fortement dévié regardant à gauche. Par le palper combiné au toucher, nous individualisons sans peine deux masses: l'une droite se continuant avec le col et qui est manifestement l'utérus augmenté légèrement de volume, mais sans caractère de gravidité. Le corps utérin nous paraît en particulier de consistance très faible. L'autre masse gauche plus molle, du volume d'une orange, et paraissant bilobée.

Les rapports de l'utérus et de la tumeur gauche sont intéressants: il existe entre les deux un profond sillon perceptible aussi bien en haut qu'en bas. Lorsqu'on immobilise l'utérus, la tumeur peut être facilement mobilisée et réciproquement: ce qui démontre l'indépendance des deux masses.

La tumeur gauche est douloureuse.

L'arrêt des règles des douleurs, des syncopes nous font penser à une grossesse extra-utérine.

Mais l'absence de métrorragies, la mobilité relative de la tumeur nous font faire des réserves, sur la possibilité d'un kyste de l'ovaire.

Notre Chef de service, M. RUDAUX, après l'examen, confirme nos conclusions et pose l'indication opératoire.

Intervention le 7 janvier 1928 (DESNOYERS, DIGONNET).

Après laparotomie, on constate la présence: d'un utérus, fortement déjeté à droite peu augmenté de volume, dur et d'une tumeur gauche, arrondie, bleutée, de paroi comme amin-

cie, de consistance kystique. Cette tumeur est séparée de l'utérus par un profond étranglement circulaire, de sorte qu'à première vue, nous pensons à un hydrosalpinx, d'autant plus que la tumeur est remarquablement mobile sur l'utérus, la zone d'étranglement faisant charnière.

Mais un examen plus minutieux nous montre que l'insertion du ligament rond gauche se fait sur la tumeur même et non au-dedans d'elle, ce qui nous ramène au diagnostic de gestation interstitielle ou de gestation angulaire.

Il existe de plus un kyste de l'ovaire gauche (kyste uniloculaire du volume d'une petite mandarine) qui explique la sensation de tumeur bilobée perçue au toucher.

Nous nous trouvons très embarrassés quant à la technique à suivre: simple ablation du kyste ovarien ou hystérectomie?

Nous souvenant des douleurs qu'accusait cette femme, de ses syncopes récidivantes; constatant, d'autre part, la minceur apparente de la poche para-utérine; craignant enfin qu'il ne s'agisse de gestation interstitielle nous nous décidons pour l'hystérectomie supra-vaginale.

L'intervention est effectuée sans incident. Les suites ont été tout à fait satisfaisantes, et la malade est retournée chez elle en excellent état.

Un fait très intéressant se produit, l'intervention terminée, alors que nous examinions la pièce: progressivement, le sillon circulaire qui existait entre la tumeur et l'utérus s'est effacé sous nos yeux, en même temps que la partie inférieure de l'utérus se dilatait, comme si le contenu de la poche kystique tendait à passer dans l'utérus. Une heure après l'intervention, l'aspect de la pièce s'était considérablement modifié, la tumeur s'était pour ainsi dire incorporée à l'utérus. Il n'y avait plus d'autre trace de sillon qu'une encoche à la partie supérieure, et l'aspect de l'ensemble était manifestement celui de l'utérus double unicol. Il est évident que si l'utérus avait présenté

cette forme au moment de l'intervention nous n'aurions eu aucune hésitation à le conserver. L'examen de la pièce coupée après fixation au formol a confirmé ce diagnostic en montrant qu'il s'agissait bien d'un utérus bicorne, en cœur, avec un éperon séparant, au niveau du fond, les deux cavités.

Dans la moitié gauche était développé un œuf d'environ deux mois, dont le placenta s'insérait à l'extrémité de la corne. La moitié droite avait gardé sa dureté, de même que l'isthme et le col, contrastant ainsi avec la consistance de la corne gauche gravide.

Il existait enfin au pôle inférieur de l'œuf, entre le chorion et la caduque, un caillot sanguin, qui nous fit penser que cette gestation se serait vraisemblablement terminée par un avortement.

OBSERVATION XLV

Schebat et Ezes

Grossesse angulaire avec douleur élevée

(Clinique Obs. d'Alger. Consultation des femmes enceintes, Fiche n° 3000)

Marguerite Al..., épouse G..., 23 ans, a eu une première grosesse en 1929, terminée par un accouchement normal. Sa deuxième grossesse est en cours, elle a eu ses dernières règles du 6 au 11 octobre.

Le 2 février 1931, elle vient à la consultation de la Maternité, se plaignant de douleurs abdominales accompagnées de pertes sanglantes. Ces pertes sont continues et peu abondantes depuis le début de la grossesse.

Au toucher le col fermé, ramolli se continue avec un corps que l'on peut diviser en deux parties. Une partie droite, dure

et très irrégulière, se continuant sans limite de démarcation avec une partie gauche ramollie plus hyperthiée que la droite et sur laquelle on sent quelques plaques de blindage. La malade accuse, en outre, spontanément, une douleur au niveau de l'épaule gauche.

Le 5 février 1931, mêmes signes. Il existe une douleur au niveau de la région sous-scapulaire gauche avec hyperesthésie marquée au niveau de la pointe de l'omoplate. Le 26 février 1931, la douleur scapulaire a complètement disparu, ainsi que les métrorragies. Le développement de l'utérus est absolument régulier.

OBSERVATION XLVI

Grossesse angulaire avec douleur élevée

SCHEBAT

Clinique Obs. d'Alger. Consultation des femmes enceintes
Fiche n° 3048)

Antoinette G.... épouse G..., 18 ans, a eu une première grossesse terminée, il y a quatre mois, par un accouchement prématuré de huit mois avec enfant mort.

Le 23 février 1931, elle vient à la consultation de la Maternité, se plaignant depuis son accouchement de vomissements de douleurs abdominales et de douleurs élevées au niveau de l'omoplate droite.

Au toucher, le col est dur, l'isthme est légèrement ramolli, l'utérus est irrégulier, augmenté de volume dans sa partie droite seulement, au niveau de la corne. Celle-ci, du volume d'une mandarine, est douloureuse à la pression. On pose le diagnostic de grossesse angulaire probable et la radio montre la présence du fœtus dont la tête se projette au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Cette malade est suivie régulièrement tous les huit jours.

Le 31 mars, les douleurs ont complètement disparu. Au toucher, l'utérus correspondant à une grossesse de quatre mois et demi environ est régulièrement développé.

OBSERVATION XLVII

SCHEBAT

Grossesse angulaire ayant simulé une grossesse extra-utérine. Présentation du siège.

Mme G..., 19 ans, primipare, primigeste, qui a eu ses dernières règles le 18 juillet 1932 et présentant tous les signes subjectifs de grossesse, voit apparaître, le22 août 1932, des douleurs dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant vers la face interne de la cuisse gauche et du côté de l'omoplate gauche.

En même temps que ces douleurs, elle constate l'existence de pertes rouges, sans apparition de phénomènes généraux graves: les pertes sanguines disparaissent au bout de trois jours. Tout semble rentrer dans l'ordre, lorsque le 5 septembre 1932 les mêmes troubles réapparaissent: douleurs et hémorragies deviennent plus intenses.

En présence de ces symptômes, on conseille l'hospitalisation et la mise en observation: les pertes persistent, ainsi que les douleurs.

Au toucher: col ramolli, corps augmenté de volume, avec accolé à lui, une masse latéro-utérine gauche dont le volume et la consistance varient de jour en jour.

Rien dans le cul de sac de Douglas.

La réaction de Brouha est positive.

La réaction au pyramidon est négative.

En présence de ces symptômes, on pense à une grossesse extra-utérine et on conseille l'intervention.

Le 22 septembre 1932, laparotomie médiane, sous-ombilicale après anesthésie à l'éther.

L'examen de l'utérus montre l'existence d'une grossesse angulaire gauche. On referme l'abdomen en trois plans.

La grossesse continue d'évoluer normalement sans incidents. Disparition des douleurs et des pertes sanguines.

La malade est revue en mars 1933: Grossesse de huit mois environ, évoluant dans un utérus cylindrique de type infantile en présentation podalique. La tête est incluse dans la corne utérine gauche et le siège est au-dessus du détroit supérieur. L'utérus particulièrement tendu, ainsi que sa forme cylindrique rendent impossible la version par manœuvres externes, la tête étant logée dans la corne utérine gauche dilatée. L'examen du bassin est, par ailleurs, normal.

On accepte la présentation du siège et la femme entre en travail le 29 avril 1933; à dilatation complète, la poche des eaux est rompue artificiellement une procidence du cordon est alors constatée. L'extraction du siège complet est effectuée, mais le fœtus ne peut être ramené à la vie.

OBSERVATION XLVIII

Schebat et Edouard Laffont

Grossesse angulaire droite accompagnée d'état syncopal. Lipothymie. Douleurs abdominales violentes.

Le 5 juin 1934, Mme L..., 20 ans, nullipare, est prise, alors qu'elle fait sa toilette matinale, d'une douleur en coup de poignard dans le bas-ventre. Elle s'allonge aussitôt et en même temps est prise de fortes nausées et d'un état syncopal alarmant. Une lipothymie marquée, un faciès pâle et anxieux.

La malade présentait en ce moment, un retard de règles

de trois jours, qui avait été précédé le 27 mai, d'un écoulement de sang noirâtre peu abondant, ayant duré une demi-journée. Il est à noter que, le mois précédent, ses règles avaient duré, moins longtemps que normalement.

Le ventre tendu et douloureux rend la palpation pénible et de peu d'intérêt. Température, 37°. Pouls, 100.

Le toucher, difficile en raison des phénomènes douloureux, ne permet pas d'avoir des renseignements précis sur la consistance et le volume utérin, ni des annexes, mais il permet de se rendre compte que: le cul de sac de Douglas n'est pas particulièrement douloureux, a gardé sa souplesse et n'augmente pas la douleur à la palpation.

La glace sur le ventre calme de façon notable en peu de temps, les symptômes qui réapparaissent chaque fois en quelques secondes lorsque l'on regarnit la poche de glace.

La malade est transportée en clinique pour être mise en observation. Le soir: pouls à 116, température: 38.

Vers 20 heures, apparition, malgré la glace, de coliques utérines assez espacées; elles se rapprochent dans le temps et augmentent d'intensité, faisant penser à des douleurs abortives. Puis vers minuit, sédation de ces douleurs subintrantes, la malade put reposer quelques heures.

Le lendemain matin, même état local. Etat général relativement bon. Température 37. Pouls 96.

Le toucher donne peu de renseignements, le Douglas n'est pas douloureux. Réaction de BROUHA demandée.

Le troisième jour, on perçoit une masse de la grosseur d'une petite mandarine, dont la localisation angulo-utérine ou para-utérine droite, ne peut être précisée. On décide d'attendre.

Le 10 juin, amélioration de l'état général et local. Température 37, Pouls 90.

Le 11 juin, la réaction de BROUHA est positive.

L'état général est bon, l'état local très amélioré.

Le toucher est plus aisé et l'on peut percevoir la corne utérine droite augmentée de volume et la présence du signe de Hegar élevé.

Le 12 juin la malade sort de la clinique.

Evolution normale de la grossesse jusqu'au terme. Délivrance normale. Suites simples.

OBSERVATION XLIX

SCHEBAT

Grossesse angulaire ayant simulé une grossesse extra-utérine

Nous sommes mandé d'urgence auprès d'une jeune femme de 23 ans, prise brusquement, alors qu'elle présentait un retard de règles de 33 jours, de douleurs abdominales intenses avec métrorragies.

A l'examen, état syncopal: pouls 120, yeux cernés, nous constatons une hémorragie externe assez abondante.

Au toucher: col ramolli, corps paraissant petit, cul de sac latéral gauche occupé par une masse molle régulière, peu mobile du volume d'un poing.

On nous montre des débris expulsés la veille qui ressemblent à une caduque.

On hésite entre le diagnostic de grossesse angulaire ou extra-utérine.

Sur la table d'opération, après évacuation des réservoirs et anesthésie générale, le toucher vaginal permet de constater que cette masse para-utérine fait partie du corps de l'utérus.

Avortement, six jours après l'examen sous anesthésie générale, malgré le traitement.

OBSERVATION L

Grossesse angulaire. Enchatonnement du placenta. Phlébite des suites de couches.

Mme A..., 29 ans, quatrième geste, nous mande en janvier 1933 pour métrorragie consécutive à une aménorrhée de trois mois. Dans ces antécédents obstétricaux, on note:

1° Un accouchement normal avec enfant vivant.

2° Accouchement: grande extraction du siège avec enfant mort durant l'intervention.

3° Grossesse, avortement provoqué de deux mois et demi (curettage)

4° Grossesse actuelle.

Les dernières règles remontent du 5 au 15 septembre 1932. Le terme probable serait le 25 juin 1933.

Depuis quelques jours apparaissent des pertes sanguinolentes non accompagnées de douleurs mais, ce jour, 5 janvier, les pertes sanguines deviennent plus importantes et s'accompagnent de douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, qui font craindre à la malade une menace d'avortement.

Au toucher: le col utérin est ramolli, l'isthme est dur et le corps utérin augmenté de volume est irrégulièrement développé, de consistance différente suivant les zones.

On perçoit, à droite, une masse ramollie, rénitente, du volume d'une grossesse de trois mois environ, se poursuivant sans démarcation avec la partie gauche de l'utérus dure, et très légèrement augmentée de volume.

Devant ce tableau, nous posons le diagnostic de grossesse angulaire droite.

Nous ordonnons le traitement suivant: repos absolu au lit, glace sur le ventre, suppositoires opiacés, gouttes de teinture d'iode à dose progressivement croissante.

Les pertes sanguines continuent et ne cessent que vers le 20 janvier, tandis que les douleurs disparaissent. Il n'y a rien à noter de particulier, si ce n'est que les pertes sanguines réapparaissent au début de février et de mars durant trois jours environ et sans grande intensité.

La malade est revue pour douleurs au niveau de la corne utérine droite à sept mois de grossesse.

Le 15 juin 1933, début du travail; à 16 heures avec douleurs peu efficientes.

Le 16 juin, à 1 heure: dilatation complète, sommet fixé en O.I.D.P.

A 5 heures: sommet fixé en O.I.D.T.; signes de souffrance fœtale.

Application du forceps de Tarnier et extraction d'un enfant vivant du poids de 3k. 900.

On attend patiemment la délivrance, mais en vain, malgré quelques tractions sur le cordon et expression sur le fond utérin; on perçoit, par la palpation abdominale, un utérus irrégulièrement développé présentant une fluxion à droite.

A 5 heures du matin, c'est-à-dire dix heures après l'extraction du fœtus, on tente une délivrance artificielle. On est considérablement gêné par une véritable incarcération du placenta dans la corne utérine droite, que l'on arrive à réduire. L'extraction du placenta est rendue difficile par le manque du plan de clivage.

Le placenta est très adhérent à la paroi utérine, qui est excessivement mince, à tel point que nous nous demandons s'il n'y a pas de rupture du muscle utérin.

Une hémorragie abondante s'ensuit, qui est jugulée par le massage intra-utérin et les injections d'ergotine et d'hypophyse.

Suites de couches troublées par l'apparition d'une phlébite droite.

Tableau Récapitulatif

de 44 Cas de Grossesses angulaires compliquées

NUMÉROS D'ORDRE	NOM DU RAPPORTEUR	RÉPERTOIRE	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES	AGE	CORNE		DOULEURS	HÉMORRAGIES	AVORTEMENTS	ACCOUCHEMENTS	PARTICULARITÉS	ERREURS DE DIAGNOSTIC	INTERVENTIONS ET CONSTATATIONS
						GAUCHE	DROITE							
II	TÉDENAT	Montpellier Médical 1893	Primigeste	0	?		DR.	0	0	0	à Terme		G.E.U. ; corrigée par l'expectation	Une sonde introduite dans l'utérus atteint le fond
III	PUECH	Montpellier Médical 1893	Primigeste	?	25 ans		DR.	0	0	0	à Terme	Enchatonnement du placen'a	G.E.U. ; corrigée par l'expectation	
IV	MAYGRIER	Annales de la Societé d'Obstétrique de France 1895	Avortement de 2 mois	?	27 ans		DR.	0	Hémorragie au 6e et 7e mois		Au 7e mois enfant vivant mort le 4e jour	Enchatonnement du placenta dans corne droite		Délivrance artificielle après dilatation de l'anneau de BANDE avec un ballon de Champetier
VII	AUDEBERT	Archives Médicales de Toulouse 1899	Primipare	?	26 ans	G.		0	Hémorragie très abondante de la délivrance	0	Au 8e mois enfant vivant	Enchatonnement du placenta		Délivrance artificielle
VIII	WASSILIEFF	Thèse Ouvrier 1900	2 grossesses à terme	?	28 ans	Grossesse angulaire double		+	Hemorragie légèrement puis. signes d'hémorragie interne avec lipothymie	Avortement provoqué à cause de l'état de la malade	0		G.E.U. avec hémorragie dans l'intérieur du kyste	Laparotomie : Pas de G.E.U une grossesse double ; 1 dans chaque corne de l'utérus
IX	BAR	Societé d'Obst. de Paris 1900	Avortement de 1 mois, 1 an au paravant	?	?		DR.	0	0	0	à Terme			
X	BAR	»	Tertipare	?	?	G.		0	0	0	à Terme			
XI	BAR	»	?	?	?	G.		+	0	0	à Terme			
XII	HIRIGOYEN	Thèse Bourrier 1901	Une grossesse avec délivrance artificielle	?	20 ans		DR.	0	Pas. pendant grossesse hémorragie grave de la délivrance	0	à Terme enfant mort	Enchatonnement du placenta		Délivrance artificielle infructueuse tentée à 2 reprises Expulsion du placenta le lendemain
XIII	BAR	Bull. de Soc. d'Obst de Paris. 20 Mars 1902	Secondipare	Colpotomie 3 ans avant pour kyste du ligament large	30 ans	G.		0	0	0	à Terme			
XIV	BAR	Société d'Obstétrique Paris 1903	2 grossesses à terme	?	?		DR.	+	+	Fausse-couche de 6 semaines	0			
XV	MORTAGNE	Société d'Obstetrique Paris 1903	?	0	24 ans	G.		+	Hémorragie très légère avec caillots noirâtres	0	à Terme		G.E.U., puis grossesse normale dans un utérus anormalement conforme et inflechi latéralement ; corrige en G.A.	
XVI	WASSILIEFF	Bulletin d'Obstetrique 17 Décembre 1903	Secondipare	?	32 ans	G.		+	Hémorragie légère	0	à Terme		C.E.U.	On propose 1 intervention qui est refusée
XVII	PUECH	Nouveau Montpellier Medical 1904	1 grossesse à terme	0	24 ans		DR.	Quelques petites douleurs au moment de l'avortement	Hémorragie légère	Fausse-couche de 3 mois 1/2	0	Placenta en limande		
XVIII	BRINDEAU	Soc. d'Obst. Paris 1905	Aménorrhee de 2 mois	?	?	?	?	+	Sang et débris de caduque	Fausse-couche de 2 mois 1/2	0		Rupture de corne gravide	Laparotomie G.A.
XIX	BUFFNOIR	Bull. d'Obst. Paris Fevrier 1905	1 grossesse à terme	?	?		DR.	Petites douleurs	Très légères, pertes pendant 2 mois au début	0	à Terme		G Tubaire ; corrigée par l'expectation	
XX	PUECH	Thèse Velluet Montpellier 1906	4 grossesses à terme pas de fausse-couche	0	38 ans		DR.	Violentes douleurs avec irradiations lombaires	0	0	à Terme			

XXII	PUECH	Thèse Velluet	Primigeste	?	27 ans		DR.	Douleurs très vives dans fosse iliaque droite avec irradiations dans le membre inférieur droit	Très légère	0	a Terme enfant vivant				
XXIII	Mme GAUSSEL-ZIECELMANN	Thèse Mas Montpellier 1908	Prim geste	?	22 ans	G		0	0	0	à Terme enfant vivant	Enchatonnement du placenta avec fortes adhérences			Délivrance artificielle très pénible
XXIV	Mlle BAZIN, sage-femme et ROGER	Thèse Mas	Primipare	0	15 ans		DR.		Hémorragie grave de la délivrance		Accouchement	Enchatonnement du placenta			Délivrance artificielle facile
XXV	FOURNIER	Thèse Mothe Toulouse 1909	Secondipare	Endométrite	?	G.		Douleurs très fréquentes	Abondantes hémorragie du début, plusieurs pertes de connaissance par jour	Avortement de 5 mois	0		G.E.U. de 4 mois salpingite gauche; corrigée en G.A. dans un utérus en antéflexion et latéro version droite		
XXVI	DIEULAFÉ	Thèse Mothe	Tertipare gross. ant. normales	0	?	G.		Douleurs à la fin de la grossesse	0	0	Prématuré de 7 mois mort		G.E.U		Ecouvillonnage lode, Intra-Utérin Laparotomie : G.A. dans 1 utérus en latéro-torsion droite suivie d'accouchement dans les 12 heures
XXVII	DIEULAFÉ	Thèse Mothe	Secondipare aménorrhée de 2 mois	Douleurs abdominales depuis 5 à 6 mois	?			Douleurs violentes avec signes de péritonisme	0	Fausse-couche de 4 mois 1/2	0	Grossesse angulaire coexistant avec une tumeur ovarienne	G.E.U.		1) colpotomie : fibrome de l'ovaire 2) laparotomie : Extirpation de la tumeur
XXIX	DAVERNE	Revue de gyn. obst. et de pédiatr. 1914	1 enfant 1 fausse-couche	Pertes blanches abondantes	26 ans		DR.	Douleurs	Hémorragies	Avortement de 5 mois	0	Enchatonnement du placenta			Délivrance artificielle
XXX	DOUAY ET ROCHAT	Gynecologie et obstétrique 1923	Primigeste	?	20 ans	G.		0	Quelques petites pertes sanguines	0	A terme	Alternatives de contraction de la corne et de l'utérus			
XXXI	DOUAY ET ROCHAT	»	Primigeste	?	32 ans	G.		Douleur accompagnant les pertes	2 pertes à 1 mois d'intervalle avec caillots	0	A terme enfant bien portant		G.E.U.		Laparotomie : grossesse angulaire gauche
XXXII	AUDEBERT ET DAMBRIN	La gynécologie 1923	4 enfants	?	?		DR.	+	Hémorragie dans le 2e mois		A terme				
XXXIII	AUDEBERT ET DAMBRIN	»	4 enfants	Leucorrhée abondante	?		DR.	+	Hémorragies répétées durant les 2e, 3e et 4e mois	Fausse-couche de 4 mois 1/2 (2 œufs)	0				Curettage
XXXIV	BLOCH ET MIHAILLÉ	Bul. et mem. soc. ana. de Paris 1924	4 grossesses normales	?	?		DR.	Douleur très vives à 2 reprises (Lipothymie)	Hémorragie très abondantes à plusieurs reprises et pertes roussâtres	+	0	G A. rompue avec présentation de pièces			Laparotomie : Ablation de trompe droite et résection cuneiforme de corne droite
XXXV	GUYOT ET MAILHE	Bul. de soc. d'obst. et gyn. Paris 1926	Une grossesse normale il y a 7 ans	Depuis sa gros. pertes blanches	?		DR.	Douleurs	Pertes sang peu abondantes mais continues	0	0	Présentation de pièces	G.E.U avec fibrôme		Laparotomie hysterectomie sub totale
XXXVI	MICHON ET LABRY	Lyon Médical 9 Mai 1926	?	?	30 ans		DR.	Coliques intermittentes	0	0	A terme enfant vivant	Contractions solidarisant les 2 masses	G.E U.		
XXXVIII	MICHON ET LABRY	»	1 enfant 1 fausse-couche	?	35 ans		DR.	Quelques douleurs	Perd régulièrement (pertes brunes)	0	A terme		G.E.U.		Laparotomie, Utérus gravide de 2 mois
XXXIX	MICHON ET LABRY	»	3 enfants plusieurs fausses-couches	?	27 ans	G.		Douleur puis crise violente	Quelques pertes rougeatres puis pertes chocolat	Fausse-couche 2 mois 1/2	0	Fragment placentaire incarcéré au fond de corne gauche	G E.U.		Curage
XL	MICHON ET LABRY	»	Aménorrhée de 2 mois	Long. passage génital infec. pert. blan. abond.	27 ans		DR.	Douleurs vives	Quelques pertes brunâtres	Fausse-couche de 3 mois	0		G.E.U. ou annexiste droite		
XLI	MICHON ET LABRY	»	1 grossesse antérieure	?	28 ans	G.		Douleur abdominale subite de type expulsif	Quelques pertes rouges	Fausse-couche 2 mois 1/2	0		G E.U.		Curage
XLII	COOL DE CARRERA BAITLÉ ET BOURGUET	Bulletin Montpellier Médical Juillet 1932	5 grossesses successives	?	36 ans		DR.	Violentes douleurs ds la fosse iliaque droite irradiant ds le bas ventre	0	0	A terme enfant mort et macéré	Enchatonnement du placenta en limande	Kyste de l'ovaire ; corrigée en G.A.		Délivrance artificielle
XLIV	DESNOYERS	Bul. soc. d'obst. et gyn. Paris 1928	Primigeste	?	?	G.		Douleur intense syncope ; 2 fois de suite à quelques jours d'interv.	0	0	0		G. Ectopique Kyste de l'ovaire de visu gr. interst ? gr ang ?		Hystérectomie : Grossesse angulaire
XLV	SCHEBAT ET EZES	Algérie Médicale Avril 1935	1 grossesse normale aménorrhée de 3 mois	?	23 ans	G.		Douleurs abdom. et douleur élevée sous-scapulaire gauche	Pertes sanglantes continues et peu abondantes depuis début de grossesse		Accouchement à terme				
XLVI	SCHEBAT	»	1 grossesse avec prématuré mort-né de 8 mois	?	18 ans		DR.	Doul. abdom. et doul. élevées au niveau de l'omoplate droite	0		Accouchement à terme				
XLVII	SCHEBAT	«	Primipare	?	19 ans	G.		Douleur s'irradiant vers face interne de cuisse gauche et omoplate gauche	Hémorragies	0	Accouchement, tête incarcérée dans la corne, enfant mort		G.E.U		Laparotomie Grossesse angulaire gauche
XLVIII	SCHEBAT ET EDOUARD LAFFONT	»	Nullipare	Rien	20 ans		DR.	Douleur en coup de poignard dans le ventre lipothymies, nausées	0	0	A terme				
XLIX	SCHEBAT	»	Retard de 33 jours	?	23 ans	G		Douleur abdom. intenses	Métrorragies débris ressemblant à une caduque	Avortement : 1 mois 1/2	0		G.E.U.		Anesthésie générale corrige le diagnotic
L	SCHEBAT	»	4e grossesse aménorrhée de 3 mois	?	29 ans		DR.	Douleurs ds fosse iliaque droite	pertes de sang	0	A terme enfant vivant	Enchatonnement du placenta très adherent			Délivrance hydraulique sans résultat délivrance artificielle
TOTAUX 44 CAS				Dans 5 cas ; endométrite		18 G 24 D 2 cas indéterminés		33 cas les 3/4 des cas	28 cas dont 23 pendant la période angulaire 5 à la fin de la grossesse à peu près la moitié des cas	12 cas { 11 spontanés 1 provoqué le 1/4 des cas	25 accouchements à terme { 21 enfants vivants 4 morts nés 3 prématurés { 2 morts 1 vivant	10 cas d'enchatonnement du placenta { 8 à terme 2 avortements 1 cas de rupture de la corne	21 cas d'erreurs de diagnostic, dont 19 faites avec la grossesse tubaire		11 Laparotomies : 2 Hysterectomies 5 accouchements, 3 enfants vivants 2 enfants morts 4 avortements dont un provoqué

Complications

Ayant étudié, au chapitre de la symptomatologie, les principales complications de la grossesse angulaire, à savoir (les douleurs, les hémorragies qui ont pour le diagnostic un intérêt tel, qu'elles s'élèvent à la valeur de signes), il ne nous restera plus à envisager ici que l'enchatonnement du placenta qui est moyennement fréquent, les décollements prématurés du placenta et quelques petits accidents, qui constituent des raretés.

A) *Pendant la grossesse :* Les femmes ayant une grossesse angulaire seraient prédisposées au décollement prématuré du placenta. Cela ne doit pas nous étonner. Nous avons vu, en effet, au chapitre des avortements et hémorragies que ces deux accidents relèvent, la plupart du temps, d'une telle étiologie.

Chirié rapporte un cas de grossesse angulaire de quatre mois et demi avec décollement prématuré du placenta et mort rapide par phénomène de thrombose, de la femme qui avait déjà saigné à plusieurs reprises.

Lequeux éprouva de grandes difficultés dans l'identification d'une grossesse angulaire par suite de la ré-

troversion de la corne gravide sur l'utérus rétroversé lui-même.

Ce même auteur cite aussi un cas de grossesse angulaire accompagné d'une rupture prématurée des membranes avec formation d'un foetus extra membraneux, malformé lui-même par suite de la rétraction de la paroi utérine.

B) *Pendant le travail :* Pour Bidoire, les présentations vicieuses constatées ne seraient pas forcément dues à la grossesse angulaire.

Cependant Schebat, rapporte une très belle observation (Obs XLVII), d'une grossesse angulaire avec présentation du siège et incarcération de la tête dans une corne.

Puga, de son côté, a rapporté en 1926 une observation de coexistence d'enchatonnement du placenta et de la tête dans une grossesse angulaire ayant nécessité une laparotomie suivie d'hystérectomie.

On voit que dans le cas de grossesse angulaire, les présentations vicieuses ne sont que des raretés, tandis que dans le placenta praevia, celles-ci sont asez fréquentes. C'est un des rares points où l'analogie ne joue pas entre ces deux formes spéciales de la grossesse.

C) *Pendant la délivrance :* Délivrance dystocique dans les cas de grossesse angulaire.

Que ce soit au cours d'un accouchement ou d'un avortement assez avancé, il est vrai, pour que le placenta soit déjà formé, on peut constater un accident, spécial, qui semble être pour certains auteurs le monopole de la grossesse angulaire et qui est l'enchatonnement du placenta.

La délivrance peut, comme dans toute grossesse normale s'effectuer sans incidents, aidée ou non de l'expression utérine selon la méthode de Crédé.

Quelquefois, des adhérences anormales ou un certain degré d'inertie utérine en retardent la marche.

Mais c'est surtout l'enchatonnement placentaire qui est intéressant à ce stade ultime de l'évolution de la grossesse angulaire.

Il constitue une complication assez sérieuse en elle-même et qui peut entraîner toutes sortes de déboires.

Il faut, dans les cas où on fait le diagnostic de grossesse angulaire chez une femme vue pendant les premiers mois de la gestation, en redouter la production. D'autre part, au cours d'un accouchement chez une femme dont on n'a pas surveillé la grossesse, il est bon de connaître les signes de cette complication pour être prêt à procéder aux manœuvres d'extraction d'usage et parer aux hémorragies parfois très graves. De plus, la constatation d'un placenta angulaire nous fera faire le diagnostic rétrospectif de grossesse angulaire.

Tous les auteurs qui ont décrit la grosseses angulaire, depuis Puech jusqu'à Bidoire et Schebat, insistent sur la prédisposition à l'enchatonnement partiel (très rarement total) du placenta dans la corne où s'est greffé initialement l'œuf. Certains auteurs, Kusmaul, Stoltz sont très catégoriques et affirment que l'enchatonnement du placenta ne se voit que dans les cas où celui-ci s'est inséré dans la zone de l'angle. Bar, plus prudent, dit que la grossesse angulaire en est une des causes principales.

Puech a publié une belle observation avec enchatonnement du placenta, en 1893 (Observation III) et il pense que cette rétention est en rapport avec la disposition orbiculaire des fibres musculaires au niveau des angles.

Mas, dans sa thèse, fait une étude, très complète, des placenta angulaires dystociques et publie cinq observations très intéressantes.

Schebat a publié récemment une observation très curieuse de placenta enchatonné (Observ. L). Voir aussi l'observation N° XLIX.

Nous emprunterons à Mas les notions concernant cette complication et nous en exposerons un résumé.

On connaît, depuis Pinard et Varnier, le mécanisme physiologique de la délivrance en général; contraire-

ment à ce qu'on pensait avant, il ne se produit aucun décollement, du fait de la rétraction post-partum.

Ce sont les contractions utérines qui assurent le décollement du placenta et ces contractions agissent fortement sur l'ensemble des parois utérines tapissées par les membranes, tandis qu'elles n'atteignent pas ou très peu la zone d'implantation du placenta, celui-ci constituant une sorte d'écran interceptant les ondes de contraction.

Il se produit, dès lors, un véritable enchatonnement physiologique et, sous l'influence de quelques contractions, le chaton tend à se resserrer et à chasser le placenta décollé. Or, dans la grossese angulaire, nous savons que le placenta prend insertion sur une zone très mince pauvrement musclée qui a dû assurer, à elle seule, l'enveloppe de l'œuf en se dilatant excessivement. D'autre part, si on songe qu'à la limite de cette région, on trouve une systématisation orbiculaire des fibres où la contraction est très énergique, on comprendra que, les fibres constituant la base d'implantation du placenta ayant peu de tendance à se rétracter d'abord. si la limite d'extension a été dépassée, et à se contracter ensuite, il s'ensuivra que l'arrière-faix ne sera pas sollicité à se décoller ou se décollera partiellement, et que, « le segment inerte de la paroi utérine se laissera distendre puis exclure en quelque sorte de l'utérus par la rétraction puissant des fibres circonvoisines ».

Dans certains cas de grossesse angulaire, le placenta nor-

malement inséré dans la corne utérine, resté adhérent, est exprimé pendant la période de contraction, mais d'une façon toute spéciale. Les contractions angulaires le rejettent, en quelque sorte, dans une espèce de poche où elles l'enkystent. Je dirai volontiers qu'il est énucléé. Cette poche kystique ne communique, en effet, avec la cavité utérine que par un orifice extrêmement étroit où d'abord une pulpe d'index a peine quelquefois à s'enfoncer... Enfin, sous des influences difficiles à déterminer, que l'on peut cependant ranger sous deux chefs, influence réflexe d'une part et, d'autre part, excitation mécanique, pression, traction, les fibres utérines entrent en contracture; la disposition qui, physiologiquement, s'est dessinée dans le cas de grossesse angulaire s'accentue et se complète. L'arrière-boutique est définitivement séparée de la cavité utérine, sa paroi est amincie au plus haut point par la distention maxima qu'elle supporte, son orifice se réduit au point de devenir pour ainsi dire virtuel. L'enchatonnement du placenta est un fait accompli.

Cliniquement: Après l'accouchement, on pourra prévoir une délivrance angulaire avec enchatonnement, en se basant sur les signes suivants.

On est en présence d'une femme qui, accouchée depuis une demi-heure, une heure ou plus, n'a pas encore expulsé son arrière-faix.

A l'inspection, on constate la présence d'une voussure anormale au niveau d'une des deux cornes, déformant l'aspect habituel de l'utérus à ce stade de l'accouchement et lui donnant une forme bilobée.

Le palper permet d'apprécier les caractères de cette voussure ; on sent une tumeur « molle, pâteuse, offrant au doigt la sensation cireuse du mastic ». Cette sensation

traduit l'inertie utérine. Cette masse est en connexion plus ou mains étroite avec le reste de l'utérus plus rétracté :

Quelquefois elle se continue sans signes de démarcation nette ; il s'agit alors de rétention placentaire simple par inertie et défaut consécutif de décollement. Dans certains cas, on note un sillon de striction très net séparant les deux segments de l'utérus « l'inertie utérine se complique alors de spasmes musculaires; il y a enchatonnement soit complet : enkystement; soit partiel: encadrement.

On fait le toucher qui lui donne des renseignements précis sur le degré de la dystocie placentaire et sur la véritable position du délivre dans l'utérus (Voir obs. XXIII) où sont décrits, avec force détails intéressants, les différentes péripéties du toucher intra-utérin. Voici, en gros ce qu'il permet de constater : après avoir franchi, avec plus ou moins de difficulté, les zones de striction utérine rencontrées au niveau du col, de l'anneau de Bandl et, enfin, de l'orifice très étroit de la poche angulaire, les doigts pénètrent dans une poche « après des efforts parfois pénibles pour forcer cette bague élastique spasmodiquement contractée ». On constate alors qu'on est « dans une sorte d'espace quelquefois allongé en forme de boyau arrondi comme un fruit, parfois irrégulier et aplati, c'est l'arrière-boutique des accoucheurs ».

On apprécie du doigt la très faible épaisseur des parois de cette poche, leur tension, leur mollesse tradui-

sant leur inertie et, de temps en temps, on constate des ébauches de contractions avortées « ce ramollissement contraste avec la rigidité de l'anneau qu'on vient de traverser » (Audebert). De plus, on essaie de mesurer l'étendue de la zone d'insertion et on recherche s'il existe des adhérences anormales.

L'enchatonnement du placenta présente les complications suivantes : la rupture de la corne et les hémorragies

Rupture de la corne : Cliniquement, le fait n'est pas signalé, mais on comprend fort bien « qu'une décortication maladroite, hâtive et brusque du placenta puisse léser les parois si minces et tendues de la poche, de façon à en provoquer la rupture. » D'autre part, *à fortiori*, au cours d'un curettage entrepris pour débarrasser la corne de débris placentaires qui ne viennent pas facilement par le curage digital, il est logique de penser qu'une manœuvre maladroite peut déterminer une rupture à ce niveau.

Les hémorragies constituent l'accident le plus fréquent; elles peuvent être fort abondantes. Elles peuvent se produire soit pendant la délivrance, soit après.

Pendant la délivrance, ces hémorragies peuvent s'extériosiser, hors de la poche angulaire, ou bien rester enkystées dans cette poche (Obs. VII). Ces hémorragies reconnaissent pour cause le décollement partiel et l'inertie des parois de l'angle dilaté. Les hémorragies peu-

vent se poursuivre après l'expulsion complète du délivre, et alors il faut faire agir énergiquement toutes les ressources de la thérapeutique anti-hémorragique pour en venir à bout.

L'involution utérine se fait dans les délais normaux. Quelquefois, on a pu noter quelques suites fébriles dans les cas où les manipulations furent pénibles et traumatisantes. Voici maintenant quelques accidents tout à fait exceptionnels relevés dans la thèse de Mas.

Heilly cite un cas où le placenta retenu en entier ne put être extrait; il s'en suivit une infection purulente qui, en douze heures, emporta la malade.

Dans les cas de Pinard, Althen, Bouffe de Saint Blaise, 2 femmes sur 3 succombent à une septicémie foudroyante qui n'attendit pas la sortie de l'arrière-faix.

Enfin, deux cas très spéciaux : celui de Dance, où une partie du placenta fut retenu, et celui de Pinard où cependant, deux interventions successives aboutirent, semble-t-il, à une extraction complète, donnèrent lieu au bout de quatre jours à une péritonite suraiguë par perforation des cornes : il s'était formé dans la paroi une plaque de sphacèle, par suite de la putréfaction des débris.

Nous ferons l'exposé du traitement, de la marche à

suivre dans l'enchatonnement du placenta angulaire et de la thérapeutique à opposer aux diverses complications, dans le chapitre général du traitement de la grossesse angulaire.

Evolution et Pronostic

Une fois, notre diagnostic de grossesse angulaire solidement établi, notre rôle de médecin n'est pas terminé.

Que dire à la malade? Lui faire entrevoir une aggravation de ses accidents ou, au contraire, lui promettre la continuation de sa grossesse à terme?

La position est délicate.

Si nous sommes en présence d'une femme qui ne souffre pas de sa grossesse, notre devoir est de l'avertir, de la mettre en garde contre les abus de toutes sortes, physiques, génitaux, et nous lui ferons comprendre que sa grossesse est fragile; que, si elle n'en souffre pas actuellement, elle pourra, à la moindre imprudence, voir se produire une des graves complications de la grossesse angulaire.

Si nous sommes, et c'est le cas le plus fréquent, en présence d'une femme déja atteinte de douleurs, d'hémorragies, la situation est plus grave. Nous devons lui imposer un repos complet au lit, pendant toute la période critique, c'est-à-dire pendant tout le temps que

durera la migration de l'œuf de la corne à la cavité utérine. Le sacrifice à consentir par la femme ne sera pas tellement long et pénible, si elle veut se donner la peine de tout mettre en œuvre pour garder sa grossesse.

En effet, ces malades viennent habituellement nous voir vers la fin du deuxième mois, ou même au début du troisième. Tout au plus, un mois de repos et de soins attentifs, et le cap dangereux est passé ; la grossesse angulaire devient franchement utérine, et plus rien dès lors en dehors de causes pathologiques spéciales n'en arrêtera le développement normal.

Cependant, notre pronostic doit être réservé, car, malgré tous nos efforts, dans certains cas, la grossesse angulaire n'échappera pas à la destinée que faisaient prévoir les douleurs et les hémorragies, et elle s'acheminera inexorablement vers l'avortement. C'est, en effet, lui qui constitue l'accident le plus grave de la grossesse angulaire (les ruptures de la corne gravide mises à part).

D'après les chiffres donnés par le tableau récapitulatif des grossesses angulaires compliquées, nous voyons que sur 44 observations, on relève :

33 cas de douleurs,

25 cas d'hémorragies,

12 cas d'avortements,

10 cas de placenta enchatonnés.

Les avortements en représentent le quart.

Heureusement que les douleurs et les hémorragies qui sont souvent les signes précurseurs de l'avortement n'aboutissent pas à tout coup, à cette fâcheuse complication.

Et c'est ainsi que nous pourrons retrouver ces femmes au moment de leur accouchement. L'attention sera attirée vers la possibilité de l'enchatonnement du placenta; nous ne serons pas dépassés par les événements, car, au préalable, nous aurons tout préparé pour faire une délivrance artificielle ou même un curage ou un curettage suivant les cas. On aura même pu, surtout dans les cas où on a quelque raison de croire à un accouchement difficile, conseiller à la femme d'entrer dans un milieu obstétrical bien outillé (clinique ou maternité).

En conclusion à ce chapitre, nous pouvons dire que la grossesse angulaire présente aux deux pôles de son évolution, à sa phase angulaire et à sa phase ultime, la délivrance, deux groupes d'accidents; les premiers intéressant surtout l'œuf: ce sont les hémorragies et les avortements ; les seconds ne sont que purement maternels : l'enchatonnement du placenta et les rétentions de cotylédons ou de membranes par des adhérences anormales.

En présence des accidents du premier groupe, on ne doit pas désespérer et, au contraire, tout tenter et tout mettre en œuvre pour conserver la grossesse.

Traitement

Dans la grossese angulaire, on n'envisagera un traitement actif que dans l'état compliqué de douleurs, d'hémorragies, menaces d'avortement et rétention plus ou moins complète du placenta. C'est ainsi que :

A) *Pendant la grossesse :* Si l'on constate de fortes douleurs de type expulsif avec hémorragies, signes précurseurs de l'avortement, on y opposera la thérapeutique habituelle à toutes menaces abortives à savoir : le repos le plus absolu au lit, les opiacés et le chloral.

Voici le traitement conseillé par Puech :

Pendant les trois ou quatre premiers mois, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'utérus est devenu tout à fait normal, on devra s'attacher à prévenir l'avortement. En particulier, lorsqu'il y a de la douleur et des écoulements sanguins, le repos au lit, l'emploi des utéro-sédatifs tels que les opiacès, le viburnum prunifolium à la dose de 20 à 50 gouttes d'extrait fluide, se trouvent naturellement indiqués.

De plus, en cas d'hémorragies, ayant la conviction que l'endométrite est la principale cause de la grossesse angulaire et de ses complications, nous pensons qu'il sera bon de donner, pour combattre cette endométrite, de la

teinture d'iode à doses progressivement croissantes (20 gouttes matin et soir pour arriver à 100 gouttes par jour, si elle est bien tolérée).

Dans les cas où le diagnostic positif de grossesse angulaire ne peut être établi du premier coup lorsqu'on hésite entre celle-ci et une grosse ectopique, il est préférable de faire transporter la malade dans une maternité bien outillée, où elle sera l'objet d'une surveillance attentive, et où à la lumière de plusieurs examens minutieux, faits à quelques jours d'intervalle, voire avec le secours d'une anesthésie générale dans certains cas douloureux, on pourra étayer un diagnostic solide. Ainsi, on pourra traiter sur place, dans le plus bref délai, s'il s'en produit, les accidents cataclysmiques de la grossesse extra-utérine ou abortifs de la grossesse angulaire. Dans ces conditions, la femme est pratiquement à l'abri de tous dangers.

Parfois, en cas de doute, malgré toutes les précautions prises, on peut avoir la main forcée et on se verra obligé de faire une laparotomie exploratrice qui n'entraînera pas forcément heureusement l'avortement dans le cas de grossesse angulaire (Obs. XXXI) et qui nous évitera de méconnaître une grossese extra-utérine aux conséquences encore plus graves que celles résultant de la simple laparotomie ou même de l'avortement d'une grossesse angulaire.

B) *Pendant l'accouchement*, il nous faudra songer à

l'éventualité possible d'un enchatonnement du placenta ou même d'une partie fœtale, telle que la tête comme nous l'avons vu dans deux cas. (Obs. XLVII).

Mas nous donne d'excellents conseils au sujet de la conduite à tenir dans la grossese angulaire dystocique.

a) Dans le cas où le médecin a fait l'accouchement lui-même, il peut, dès qu'il a constaté qu'il se dessine un enchatonnement, faire un véritable traitement prophylactique de la dystocie placentaire. Pour cela, il doit se garder de se livrer à des manœuvres brutales et intempestives en vue d'accélérer la marche de la délivrance (telles les tractions immodérées sur le cordon, les malaxations trop énergiques de la corne) et il doit laisser « la délivrance livrée le plus longtemps possible aux seules forces physiologiques ».

Mais lorsqu'au bout de trois-quarts d'heure à une heure, après avoir pratiqué un massage très délicat du fond utérin et donné une injection utérine chaude à 48°, le délivre n'est pas rejeté et qu'on constate que la fibre utérine est toujours aussi inerte, où, lorsque un accident hémorragique grave se produit, il nous faut alors pratiquer d'urgence la délivrance artificielle qui est, en dernier ressort, le seul moyen efficace auquel on puisse avoir recours.

b) Mais souvent, l'accoucheur est appelé par un confrère moins expérimenté ou une sage-femme qui, se trouvant en présence de cette dystocie placentaire, ont pu se

livrer à des manœuvres plus ou moins intempestives et inefficaces. (Obs. XXIV).

Deux cas se produisent :

La femme saigne, alors vite pratiquer la délivrance artificielle.

La femme ne saigne pas, il ne faut pas temporiser et on doit aussi agir très vite. En effet, les manœuvres d'extraction placentaire seront d'autant plus délicates et difficiles à exécuter, qu'on aura attendu plus longtemps. « Le chloroforme a une action indiscutable ; il agit certainement pour calmer le spasme et amener un apaisement favorable à l'évolution des phénomènes; mais ne peut-on point redouter que son action sur la contractilité et sur la rétractilité de la fibre musculaire n'ait de fâcheuses conséquences au point de vue de l'hémorragie? Et peut-on aussi, sans courir de gros risques, plonger dans la narcose chloroformique un organisme affaibli par la saignée considérable qu'il vient de supporter? Il faut le proscrire. »

Là aussi, les petits moyens restant inefficaces, d'autant plus qu'on agit trop tard sur un utérus qui a été déjà excité par toutes sortes de manœuvres et, par suite, s'est contracturé, il faut sans délai recourir à la délivrance artificielle :

Il faut être prudent, quand on est dans la poche et qu'on procède au décollement à cause de la minceur des parois. On décolle par petits mouvements de reptation. En général, le

décollement effectué, le spasme se relâche, le chaton disparaît et le placenta descend. Mais, le plus souvent, de sérieuses difficultés se présentent; elles peuvent provenir de la force et de la multiplicité des contractions; elles peuvent être causées par le placenta lui-même. C'est au niveau du chaton lui-même que, le plus souvent, se présentent les pires difficultés.

Dans ce cas, il ne faut pas procéder par efforts discontinus saccadés et illogiques. De même que l'on vient à bout de la résistance du col vésical dans la rétention d'urine par spasme sphinctérien, en appuyant modérément mais longtemps le bout de la sonde sur l'obstacle, on vaincra aussi le spasme de même nature de l'anneau d'enchatonnement par une pression appuyée continue et lentement progressive.

Le placenta est, nous l'avons vu, souvent soudé à sa base d'implantation par des adhérences anormales, ce qui constitue une difficulté de plus (Obs. XXIII. Schebat, dans l'Obs. L, a commencé par pratiquer la délivrance hydraulique. Celle-ci fut suivie d'insuccès en raison des adhérences anormales soudant le placenta à l'utérus. Il fut obligé de terminer par la délivrance artificiellle. Quelquefois le placenta peut être sain et conserver ses adhérences physiologiques avec la paroi du chaton.

A toutes ces difficultés, s'ajoutent celles résultant du fait que le placenta angulaire « large, étalé, est inséré irrégulièrement au lieu de se limiter à une zone définie dépendant de l'une des faces utérines ; il doit, à la disposition particulière de la région et à son étendue propre d'être inséré sur les faces, le bord et le fond de l'organe tout à la fois. Il est aussi évident que les manœu-

vres du décollement en seront d'autant plus compliquées et pénibles. »

En cas d'hémorragies se poursuivant après l'expulsion du délivre, on fera des injections d'eau chaude à 48° qu'on portera directement dans la corne. Le massage intra-utérin et les injections d'ergotine et d'hypophyse peuvent être suffisants pour réveiller la tonicité de la fibre angulaire et arrêter l'hémorragie. Dans certains cas, cependant, (Obs. VII), l'injection d'ergotine n'a pas arrêté l'hémorragie. Dans cette observation, l'ergotine semble ne pas avoir agi sur les fibres de la poche angulaire trop faibles pour réagir, mais elle paraît avoir déterminé cette contraction puissante de l'anneau de Bandl empêchant les doigts de passer.

Dans ces cas, la conduite à suivre me paraît celle-ci: si l'hémorragie continue en dépit de tous les efforts, il faut se résoudre au tamponnement soigneux de la cavité utérine avec de la gaze antiseptique; ses dangers nombreux ont été signalés, mais il reste cependant un moyen à ne pas négliger. Si, enfin, la contraction retient trop longtemps le placenta, il est dangereux de laisser cette situation se prolonger, au bout de vingt heures et même moins, suivant les indications, l'hystérectomie doit être décidée.

Nous voyons donc que, dans le cas de grossesse angulaire dystocique :

1° il faut se tenir prêt à faire une délivrance artificielle et, pour cela, opérer dans un milieu chirurgical spécialisé ;

2° S'il y a des signes de souffrance fotale tout préparer pour traiter l'enfant et le ramener à la vie.

Quant à la grossesse angulaire qui évolue normalement, elle n'offre rien de particulier dans son traitement et, là, comme dans toute grossesse, la femme doit respecter les règles d'hygiène propres à la gestation. Cependant connaissant les fâcheuses complications qui peuvent en entraver le cours durant les trois à quatre premiers mois, nous conseillerons à la gestante une cure de repos au lit, au moment de l'époque des règles manquantes, pendant ces mois critiques Et si nous avons recueilli la notion d'une endométrite, nous l'hésiterons pas à administrer des gouttes de teinture d'iode pour essayer de parer préventivement aux accidents dont elle peut se rendre coupable.

Conclusions

Il semble que, dans l'état actuel de nos connaissances sur la grossesse angulaire, nous devons retenir les faits positifs suivants :

1° Depuis 1903, avec Bar on a la preuve de la réalité anatomo-pathologique de la grossesse angulaire.

2° Cette grossesse évolue dans le temps et dans l'espace d'une façon limitée pour disparaître ensuite.

Son développement anormal donne naissance à une masse para-utérine qui semble s'extérioriser de l'utérus pendant les trois premiers mois de la grossesse, tout en augmentant de volume, et qui réintègre progressivement l'utérus pour disparaître complètement vers la fin du troisième ou du quatrième mois, au plus tard.

3° On ne connaît pas la véritable étiologie de la grossesse angulaire.

Nous pensons que les causes en sont multiples :

Malformations utérines congénitales ou acquises.

Certaines dispositions de la corne.

L'endométrite.

C'est l'endométrite qui a retenu notre attention. Celle-ci présente plus d'intérêt, du fait qu'on la rencontre très fréquemment dans les antécédents. Elle semble mieux expliquer que toute autre cause, les complications de la grossesse angulaire et les modifications anatomo-pathologiques imprimées au placenta.

4° Il y a une analogie marquée entre la grossesse angulaire et le placenta praevia.

5° On ne peut rien dire d'absolu sur sa fréquence, trop de grossesses angulaires normales ou avec complications (avortement des première semaines) échappent à notre contrôle.

6° Cliniquement, la grossesse angulaire se présente à nous sous divers aspects :

a) Elle évolue normalement, et rien ne peut la faire soupçonner après sa phase angulaire, sauf dans certains cas, où la constatation d'un placenta enchatonné nous permettra d'en faire le diagnostic rétrospectif.

b) Son évolution est troublée par des accidents qui sont, par ordre croissant de fréquence :

les ruptures de la corne, 2 p. 100 .

les avortements, 25 pour 100.

les hémorragies 50 pour 100.

les douleurs, 75 pour 100.

7° Le diagnostic de la grossesse angulaire, très facile dans certains cas, est excessivement difficile dans d'autres.

L'idée d'une grossesse angulaire doit toujours hanter l'esprit du médecin qui fait une exploration utérine.

Les erreurs de diagnostic à éviter seront surtout les grossesses extra-utérines. Ces erreurs résultent surtout de l'insuffisance d'objectivation des signes distinctifs de ces affections.

8° Nous pensons que certains procédés d'exploration, comme l'épreuve de Reeb, recommandée par Bidoire et l'exament sous l'anesthésie générale, pourront être d'une aide efficace pour établir la certitude du diagnostic.

9° Le pronostic de toute grossesse angulaire compliquée ou non, doit être réservé pendant la phase angulaire de la grossesse.

10° Le traitement de la grossesse angulaire doit être, avant tout, le traitement prophylactique de l'avortement, car c'est lui qui est surtout à redouter.

Le repos le plus absolu au lit, les opiacés, la teinture d'iode en sont le trépied thérapeutique.

De plus, le transport de la femme dans un milieu chirurgical ou obstétrical (maternité ou clinique) lui sera utile et permettra au médecin d'intervenir en cas de besoin.

BIBLIOGRAPHIE

AUDEBERT. — *Archives Médicales de Toulouse.*

AUDEBERT et DAMBRIN. — Deux cas de grossesse angulaire. (Société d'Obst., 1923.)

BALDY. — *Medical News,* 20 déc. 1890.

BAR. — Sur une forme irrégulière de l'utérus pouvant devenir une cause d'erreur dans le diagnostic de la grossesse intra-utérine à son début. (*Bull. de la Soci. d'Obs. de Paris,* 5 juillet 1900).

— Note sur la greffe de l'œuf dans une corne utérine. (*Soc. d'Obst. de Paris,* 20 mars 1902.)

BAR et MERCIER. — Rupture spontanée d'une corne utérine à la fin de la grossesse. (*Bull. Soc. d'Obst. de Paris,* 1898, p. 36.)

BAYER. — Beitrage zur Geburstskund und Gynecologie.

BAZIN et ROGER. — (*Montpellier Médical,* juillet 1908.)

BIDOIRE. — La grossesse angulaire. (*L'Hôpital,* n° 342. Septembre 1933.)

BLOCH J.-C. et MIRAILLE C. — Grossesse angulaire rompue, avec présentation de pièces. (*Bull. et Mémoires. Soc. Anat. de Paris,* 1924, XCIV, 383.)

BONNAIRE. — De la valeur de l'exploration du corps de l'utérus dans le diagnostic précoce de la grossesse. (*L'Obstétrique*, 1903.)

BOURRUS. — Thèse Bordeaux, 1901.

BOUSQUET. — Thèse Montpellier 1902. Grossesse et accouchement dans les malformations utérines.

BRINDEAU. — (*Soc. d'Obst. de Paris*, 1903, p. 447.)

BRINDEAU. — Grossesse développée dans une corne utérine atrophiée. (*Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, X ,1907, p. 250.)

BRAUN. — Ueber Fruhdiagnose der gravidität. (*Wiener Klin. Woch.*, p. 143) et *Geb. Ginoek Gesellschaft* (in *Wien*, 24 janvier 1899.)

BUBENDORF. — (Thèse Nancy, 1881). Considérations sur l'enchatonnement du placenta.

COSTANTINI. — A propos de deux cas de rupture tubaire, avec douleur haute. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, 11 juin 1927; in *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927, p. 638.)

CONRAD. — Utérus bircone gravide rompu. (*J. de Chir. Ann. Soc. Belge de Chir.*, VI, 1906, p. 151.)

COOL. DE CARRERA, R. BAITLE, BOURGUET. — (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Montpellier*, 1932.)

COUVELAIRE. — (*Bull. de la Soc. d'Obst .et Gynéc*, Paris, 1928.)

CURATULO. — Gravidanza in utero doppo. (*Riforma Med.*, 1891, p. 104.)

DAVID. — Grossesse intra-utérine prise pour extra-utérine. (*Montpellier*, 1901.)

DAUSES et CELLAN JONES. — Case of uterus didelphis with pregnancy alternating in two horns. (*Lancet,* 1927, I, p. 976.)

DELPIANA. — Contribution à l'étude des malformations utérines. (Thèse de Paris, 1898.)

DESNOYERS. — (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.,* Paris, 1928.)

DEVRAIGNE. — La grossesse angulaire. (*Gynécologie, Paris,* 1914, XVIII, pp. 15-25.)

DIETZ. — Zur casuistik der Nebenhornschwangerschaft. (Thèse de Giessen, 1888.)

EZES. — Sur les douleurs périphériques élevées dans certaines affections annexielles. (Thèse d'Alger, 1931.)

FERRARI. — Les douleurs élevées dans les salpingites aiguës. (Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger, 11 fév. 1928; in *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris,* 1928, p. 566.)

FIEUX. — (*Revue mensuelle de Gynécologie et d'Obstétrique et de Pédiâtrie,* Bordeaux, 1900.)

— Grossesse développée dans un utérus antéro-latéro-fléchi. (*Annales de Gyn. d'Obst. et de Pédiâtrie,* déc. 1904.)

FULCONIS et SCHEBAT. — (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. d'Alger,* 1934.)

FURSTER. — Gravidität in Rudimentaren Hebenhorn des uterus bicornus. (Thèse de Wurzburg, 1903.)

FUNCK. — (*Annales de Gynécologie et d'Obst.,* sept. 1910.)

GARRIGUES. — (*Medical News,* 12 déc. 1885.)

CAUSSEL, ZIEGELMANN. — *Montpellier Médical,* juin 1908.

GEISER. — Die Gravidität in Rudimentaren Hebenhorn. (Th. de Bern, 1896.))

GONZALEZ. — Dos embarazos angulares successivos en la misma enferma. (*Semaine Med. Bueno-Aires,* 1925, XXXII, P, 2, 1.196-1198.)

GROVE. — Ruptured cornual pregnancy. (*Surg. Gynec. and Obst.,* XLII, 1926, p. 102.)

GUENIOT. — Difficultés particulières de la délivrance dans un utérus bicorne.

HICKS. — Case of ruptured ectopic gestation in a rudimentary horn. (*British Med. J.* 1908, I, p. 303.)

HOFFMANN. — Schwangerschaft in einem Rudimentaren horn eines zwei hornigen uterus. (*Sitzungober d. Geburtsch. Gynäk. Gesellsch. in Wien,* 1888, I. p. 45.)

JACOBI. — Gravidität in Rudimentaren Horn des uterus bicornus. (Thèse de Leipzig, 1906.)

JACQUEMIER. — Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées, p. 374.

JAYMES. — (*Bull. de la Soc. d'Obstétr. et Gyn.,* Toulouse, 1933).

KELLER. — Des grossesses extra-utérines, Thèse Paris, 1872.

KREIS. — Grossesse interstitielle ou angulaire? Laparotomie exploratrice; erreur de diag. révélée par l'étude histologique. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris,* 1923, p. 683.)

LAFFONT. — La douleur élevée dans la grossesse extra-utérine. (*Soc. d'Obst.et de Gyn. de Paris*, déc. 1919, page 232.))

— La douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine. (*La Presse Médicale*, 21 fév. 1924.)

— Au sujet de la douleur tardive dans la grossesse extra-utérine rompue. (*Le Sud Méd. et Chir.*, n° 2.046, 15 août 1925.)

LAFFONT, HOUEL et CORTES. — Une observation de douleur tardive élevée de type croisé dans un cas de rupture tubaire. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, 13 fév. 1926 ; in *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926, p. 286.)

LANDON. — Ueben schwangerschaft in hebenhorn. (*Berlin. Klin. Woch.*, XXVII, 1890, p. 789.)

LE LORIER. — (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928.))

LEPAGE. — Diag. des grossesses extra-utérines. (*Tabl. Méd.*, 1889, n° 22.)

LEQUEUX. — *L'Obstétrique*, mai 1911.

LUSCHKA. — Schwangerschaft in dem rechten rudimentaren horne eines uterus bicornis. (*Monatschr. z. Geburtsk und Francenkr.*, XXII, 1863, p. 31.)

MANIERRE. — Cornical pregnancy. (*Amer. J. Surg. and Gynecol., XII*, 1889, 1900, p. 85.)

MAS. — Délivrance de la grossesse artificielle. (Thèse Montpellier, 1908.)

MAUCLAIRE. — Considérations sur les moulages de 80 cavités utérines normales ou pathologiques. (*Annales de Gynécologie*, 1897, tome I, p. 213.)

MAUTHNER. — Etiologie et traitement des grossesses tubaires. (*Zentralb. j. Gynäk.*, 1922, n° 50, p. 2005).

MAYGRIER. — Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine (Thèse d'agrégation, Paris, 1886.)

— *Annales de la Société Obstétricale de France,* 1895.

MERCIER. — Les ruptures spontanées de l'utérus gravide dans leurs rapports avec les grossesses interstitielles. (Thèse, Paris 1898.)

MEYERHOFF. — Ein Fall von Rupture des schwangerein Hebenhorns. (Thèse de Strasbourg, 1902.)

MICHEL et DUROCH. — Les grossesses angulaires. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris,* 1922, XI, pp. 38-41.)

MICHON et LABRY. — A propos de la grossesse angulaire. (*Lyon Médical,* 1926, p. 539.)

MORTAGNE. — Difficultés du diagnostic au début d'une grossesse avec forme anormale de l'utérus.

MOTHE. — De la grossesse angulaire. (Thèse Toulouse, 1909.)

MUNRO-KERR. — Grossesse angulaire simulant une grossesse extra-utérine. (*Obst. trans. Edimb. Soc.*, 1907- 1908

MURET. — Diagnostic différentiel de la grossesse utérine. (*Revue de Gyn. et de Chir. obdom.,* 1898.)

NOBLE. — 112 cases of pregnnancy in uterus bicornus. (*Am. Gynec. and Obst.*, XVIII, 1901, p. 220.)

OUVRIER. — Sur une forme anormale de l'utérus au début de la grossesse. (Thèse Paris, 1900.)

PETRONA OUZOONOWA. — Contribution à l'étude de la latéro-flexion de l'utérus gravide. (Thèse Lyon, 1897.)

POIRIER et CHARPY. — Traité d'anatomie humaine.

POPE. — Case of gestation in one horn of a uterus bicornuse unicollis. (*Transact. phot. Soc.*, London, XXVIII, 1887, p. 70.)

PORTER. — Cornical pregnancy. Rupture. (*Amer. J. Obst.* XLIV, 1901, p. 692.

PUGA. — *Annales de la Clinique Obstétricale de Chili*, 1926.

REMY. — Caduque utérine et grossesse angulaire. (*Bull. Soc.* d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1921, X, p. 333.)

ROUTIER. — Latéro-flexion droite ayant fait croire à une grossesse extra-utérine. (*Annales de Gynécol.*, 1901.)

ROBERTSON. — Ruptured cornual pregnancy. (*Transact. Pathol. Soc.*, Manchester, I, 1891, 2, p. 61.)

SCHEBAT. — De l'étiologie, des complications et du diag. de la grossesse angulaire. (*Algerie Méd.*, avril 1935.)

SCHEBAT et EZES. — Deux cas de douleur élevée (scapulaire) apparue au début de grossesses angulaires. (*Soc. d'Obst. d'Alger*, 15-5-31.)

SCHWAB. — (*Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, nov. 1904.)

SEGONG (P.). — Grossesse utérine prise pour une grossesse extra-utérine, grâce à la fixation de l'utérus gravide en latéro-version g. (*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pédiâtrie de Paris*, déc. 1900.)

SHAW. — Grossesse après implantation de l'extrémité externe de la trompe restante dans la corne utérine après résection d'une grossesse angulaire. (*John. Hopkins Hosp.*, sept. 1926, p. 367.)

STOLZ. — (Thèse de 1834.)

TAINTURIER. — Etiologie des grossesses extra-utérines. (Thèse de Paris, 1895.)

TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements.

TARGETT. — Ruptured gestation in an imperfect uterus horn. (*Transact. Obst. Soc. London,* XXXIX 1898, page 46.)

TEDENAT. — *Montpellier Médical,* 1879.

TURRENE. — Consideraciones clinicas sobre el embarazo angular uterino y el ectopico intersticial. (*Revue méd. d'Uruguay, Montevideo,* 1920, XXIII, 290-310.)

TURNER. — *Edimburg Medical Journal,* mai 1886.

VARNIER. — Utérus gravide en latéro-flexion pris pour un kyste de l'ovaire. (*Annales de Gynec. et d'Obst.* 1901.)

VAUDESCAL. — Deux formes de grossesses anormales: la grossesse interstitielle, la grossesse angulaire. (*J. Méd. et Chir. Prat.,* Paris, 1919, XL, pp. 661-667.)

VELLUET. — La grossesse angulaire. (Thèse de Montpellier, 1906.)

VINEBERG. — Sur une communication de Malcolm Mc. Lean sur Interstitial pregnancy simulating pelvic tumor celiotomy. (*New York Obstetrical Society,* 1895.)

WARIN. — De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire et tubo-utérine. (Thèse, Paris, 1899.)

WALLIS. — Spontaneous rupture of a bicornate uterus. (*Practitioner,* LXX, 1903, p. 82.)

WARKINS. — Pregnancy with rupture of bicornate uterus. (*Am. J. Obst.,* LIV, 1906, p. 29.)

WASSILIEF. — De la grossesse angulaire, son importance physiologique et pathologique. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynécol. de Paris,* 1903.)

WASHBURN. — Case of pregnancy in one corne of a bicornus uterus.

WERTH. — Retention eines ausgetragenem. Frucht in einen unvolkommen entwickel ten horne einen uterus bicornus. (*Arch. f. Gynäk.* XVII, 1881, p. 281.)

WINN. — Utérus bicorne et grossesse. (*Boston Medical J.,* 1900.)

Vu : le Président :

A. LAFFONT

Vu : Le Doyen :

E. LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 31 *Mai* 1935.

Le Recteur,

Pour le Recteur,

Le Président du Conseil de l'Université

E. LEBLANC

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11

GÉNÉRALITÉS 14

HISTORIQUE 19

ETIOLOGIE 27

ANATOMIE DE LA RÉGION ANGULAIRE 34

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA GROSSESSE ANGULAIRE. 42

LES SCHÉMAS 51

SYMPTOMATOLOGIE 54

I. Grossesse angulaire évoluant normalement 54

II. Symptomatologie des accidents qui peuvent survenir pendant que la grossesse est encore à sa phase angulaire 62

A. Les ruptures 63

B. Les avortements et les hémorragies 65

C. Les douleurs 74

III. De quelques formes rares de la grossesse angulaire 81

DIAGNOSTIC 86

I. Diagnostic positif de la grossesse angulaire ... 88

II. Diagnostic différentiel entre la grossesse angulaire et les différentes affections gynécologiques 89

A. Collections tubaires.

B. Fibromes

C. Kystes de l'ovaire.

III. Diagnostic différentiel 99
A. Avec les grossesses tubaires..... 101
B. Avec les grossesses interstitielles... 110

Observations..... 114

Tableau Récapitulatif.

Complications..... 191

Evolution et Pronostic..... 201

Traitement..... 204

Conclusions... 211

Bibliographie..... 215